الطب النفسي والحياة

مقالات .. مشكلات .. فوائد

الكتاب الثاني

(٢)

الدكتور حسان عدنان المالح

استشاري الطب النفسي - زمالة وخبرة في
جامعات ڤينا وبريطانيا
عضو الجمعية البريطانية للعلاج النفسي السلوكي
والجمعية البريطانية للعلاج الجنسي والأسري
عضو الجمعية الدولية للطب النفسي

دار الإشـراقات

دمشق - سورية - ص . ب ٣٤٦٤٢

الطب النفسي والحياة: مقالات ـــ مشكلات ـــ فوائد
/حسان عدنان المالح. ـــ دمشق: دار الإشراقات ، ١٩٩٧ . ـــ ج٢؛

بآخره فهرس مصطلحات.

١ ـــ ٨٩ , ٦١٦ م ال   ط ٢ ـــ العنوان ٣ ـــ المالح
مكتبة الأسد

ع ـــ ٩٣٠ /٦/ ١٩٩٧

الطبعة الأولى
١٤١٨ هـ ـــ ١٩٩٧ م /٣٠٠٠

رافدا: ٩٧ ـــ ١٣

دار الإشراقات
للنشر والتوزيع والخدمات الطباعية

ص.ب: ٣٤٦٤٢
دمشق ـــ سوريا

هاتف/فاكس: ٣٢١٩٤٥٦ (٠١١)

الطب النفسي والحياة

مقالات .. مشكلات .. فوائد

الكتاب الثاني

٢



بسم الله الرحمن الرحيم



محتويات الكتاب

الموضوع	صفحة

الموضوع	صفحة

الموضوع	صفحة

الموضوع	صفحة

الإهداء ...

إلى أصدقائي وزملائي ومرضاي

إلى قرائي ..

إلى كل من أحببت بالأمس واليوم وغداً

نتحدث معاً ..

وأكتب إليهم

تقديراً للتواصل والفهم

واعترافاً بحقيقة العقل والحب والضمير

ثم نكبر سوية ..

د. حسان

❑ بين يدي الكتاب

تحتل المواضيع النفسية حيزاً هاماً من حياتنا اليومية المعاصرة. ويبدو ذلك في أبسط الحوارات التي نسمعها ونراها من حولنا، والتي لايكاد يخلو منها واحد إلا وفيه إشارة أو تصريح مرتبط بالعلوم النفسية . . إبتداءً من أساليب التربية والتعامل مع الأطفال، مروراً بالمشكلات الزوجية والعوامل النفسية التي تتحكم بنشوئها وأيضاً بالتخفيف منها وتعديلها . . وأيضاً بكيفية التعامل مع الآخرين وشخصياتهم في أوساط الحياة العامة والعمل وبين المرؤوسين والرؤساء وفي الأعمال التجارية والانتاجية المختلفة وفي مجال الإعلام والثقافة والفنون . . وإنتهاءً بمختلف أشكال المشكلات المرضية الطبية والنفسية والعصبية والاجتماعية .

ومما لاشك فيه أن العلوم النفسية المتنوعة ميدان فيه كثير من التشويق والمتعة والفوائد . . وقد تلمست ذلك وما زلت أعيشه في عيون الآخرين وأسئلتهم واهتمامهم بكل ما هو نفسي منذ بداياتي الأولى الجامعية في العلوم النفسية والطب النفسي إلى حواراتي مع الآخرين . . المستمرة .

وبعد أن فرغت من إعداد وطبع كتابي السابق في الطب النفسي والحياة منذ حوالي سنتين . . وجدت أنني قد بدأت

مسيرة صعبة في ميدان الكتابة ومسؤوليتها . . فالموضوعات متنوعة والمعلومات كثيرة كما أن المستجدات أكثر . .

ولابد من انتقاء الأفضل والأنسب من حيث الشكل والمضمون لتضمينه في كتاب، بما يفيد الفئات الأوسع من القراء وبما يفيد الاختصاصين أيضاً .

وبعد الاستقبال الناجح الذي لاقاه كتابي ذاك، قررت الخطو ثانية في نفس الطريق الصعب، فالحكمة المأثورة تقول «إذا هِبْتَ أمراً فَقَعْ فيه فإن شرَّ تَوَقيه أعظمُ مما تخاف منه» .

يدفعني لذلك حماس قديم للتواصل مع الآخرين والتعبير عن الذات . . ورغبة جادة في المساهمة في تطوير وتعميق ونشر الوعي الطبي النفسي العام . . وفي «إزالة الحساسية السلبية» المرتبطة بكل ما هو نفسي أو نفساني .

ويبدو أن ممارستي اليومية في الطب النفسي قد ساهمت في اختياري للموضوعات الحيوية المفيدة وكتابتي فيها بأسلوب سهل ومفهوم .

وقد وجدت أن لدي مقالات متنوعة نشرتها في عدد من الصحف والدوريات العلمية كما أنني كتبت عدداً من المقالات خصيصاً لأضمّنها جميعاً في هذا الكتاب . . وهو الثاني في الطب النفسي والحياة .

وهذا الكتاب مستقل تماماً عن الكتاب السابق وهو يحمل نفس العنوان لما وجدت فيه من معانٍ مفيدة وإيجابية .

وهو يحتوي على ستة فصول وهي : أولاً «موضوعات عامة في النفس والطب النفسي» ، وثانياً «الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجاتها» ، وثالثاً «حول مشكلات المرأة والرجل والزواج» ، ورابعاً «حول مشكلات الأطفال والمراهقين» ، وخامساً «موضوعات اجتماعية ثقافية نفسية» ، وسادساً «من رسائل القراء» .

وقد ضمنتها عدداً من الملحقات المفيدة يسهل الرجوع إليها والاستفادة منها .

وتتنوع موضوعات الفصل الواحد وتختلف من حيث صعوبتها وعمقها وطولها ، وذلك بما يتناسب مع نوعية القارىء واهتماماته . . وبعض الموضوعات «قليل اللفظ كثير المعاني» . . وربما يكون «ما قل ودلّ خير من كثير يُملّ» . وأما بعض الموضوعات في الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجاتها وغيرها ، فقد كتبتها بأسلوب علمي مطول وفيه دقة التفاصيل والمعلومات الحديثة المواكبة لأحدث التطورات في مجال الطب النفسي . بما يُرضي طموح المكتبة العربية في الثقافة النفسية الجادة ، وبما يفيد القارئ المتخصص بشكل أساسي . والحقيقة أن القارىء العام يمكن له أن يستفيد منها أيضاً . . ولايمكننا أن نمنعه

من الاطلاع العلمي أو أن نخبره «بنصف الحقيقة» فقط . وتحديد ما يفهمه القارىء من الأمور العلمية وكمية ذلك وعمقه . . موضوع صعب وغير متفق عليه . وأعتقد أن الثقافة العامة ليست بالضرورة ثقافة سطحية وعبارات وصفية أنيقة أو أدبية أو مشوقة .

ويبقى الباب مفتوحاً لكل من يريد المزيد من الاطلاع والعمق والبحث التجريب . . وفي نهاية الكتاب باب للمراجع العامة المستفاد منها في هذا الكتاب وتفاصيل عن المصطلحات الانكليزية الواردة فيه ومعانيها في العربية إضافة لخاتمة أدبية وتذكرة عامة .

وفي الختام أرجو أن يستفيد من كتابي هذا كل من يقرؤه وأن أكون قد وفقت في عملي والله ولي التوفيق .

د . حسان المالح

جدة - ١٩٩٧م - ١٤١٨هـ

الفصل الأول

موضوعات عامة في النفس والطب النفسي

١ - أسئلة نفسية وإجابات (التوتر - القلق - السهر - الأحلام - التفكير - الغضب - الحزن - البكاء - الفرح - الضحك - الكسل - الخمول - التكشير - عقد الحاجبين) .

٢- أنواع الاضطرابات النفسية وتصنيفها .

٣- التسويق (البيع والشراء) والعوامل النفسية المرتبطة به .

٤- الشعر والشعراء من الناحية النفسية .

٥- حوار حول الطب النفسي (بطاقة شخصية - الطب النفسي بإيجاز - دور الإيمان في الاضطرابات النفسية - ثقافتنا العربية ومشكلات الطب النفسي - الاضطربات النفسية عند الرجل والمرأة - الخجل . . اضطراب نفسي) .

١ أسئلة نفسية وإجابات

* التوتر

سؤال: لماذا يتوتر الإنسان . . ؟؟

ما هو التفسير العلمي للتوتر الذي يحدث للإنسان . . ؟؟

جواب : التوتر هو استجابة فطرية لإشارات الخطر . . وللتوتر مظاهر جسمية ونفسية ، ومنها الشد العضلي والرعشة وازدياد ضربات القلب وسرعة التنفس وازدياد التعرق وجفاف الفم وغير ذلك من المظاهر الجسمية الفيزيولوجية ، وأيضاً الشعور بالترقب والخوف والقلق وتوقع حدوث الخطر والانزعاج وعدم الراحة .

والتوتر في الأصل وظيفة طبيعية إيجابية تهيء الجسم والنفس للتصرف الأمثل أمام المخاطر التي يواجهها الإنسان على مختلف أنواعها الذاتية والواقعية . وإذا انعدم التوتر يبقى الإنسان دون حراك ودون انفعال ويكون بحالة سكون كامل . وهذا لايتناسب مع الحياة الاعتيادية . . وقليل من التوتر مفيد وإيجابي . . وكثير منه يؤدي إلى أعراض مرضية مزعجة وتصرفات عصبية مبالغ فيها . كما أن التوتر المزمن يساهم في أذى الجسم وأعضائه وأجهزته المختلفة ، الهضمية والدموية والعصبية وغيرها . .

ويرتبط التوتر بإفراز مادة «الادرينالين» من المراكز الرئيسية في الدماغ وفي قشر الكظر (فوق الكلية) حيث تعتبر هذه المادة

المحرك والمنشط لمختلف أجهزة الجسم الحيوية كي تقوم بأدوارها في درء الخطر ومواجهته أو الهروب منه وتفاديه . ويعدل هذه المادة ويعاكس وظائفها مادة «الاستيل كولين» والموجودة في الدماغ والنهايات العصبية الواصلة إلى أجهزة الجسم، مما يعطي درجة من التوازن البديع يحافظ على سلامة الجسم وراحة الأعصاب في الظروف الاعتيادية .

* القلق

سؤال : لماذا يقلق الإنسان . . ؟

ماهو التفسير العلمي للقلق الذي يحدث للإنسان . . ؟

جواب : القلق هو أحد المشاعر الأساسية لدى الإنسان ، وهو يرتبط بالمشاعر الأخرى بشكل حميم، ويعبر عنه باللغة العربية بعدة أوصاف مثل الخوف والوجل والتوتر وفقدان الأمان .

والإنسان مهيأ للقلق بتركيبته العضوية والعصبية والنفسية . لأن القلق هو رد فعل على الاحساس بالخطر والخوف العام غير المحدد بمثير معين . وله وظيفة إيجابية لأنه يدفع الإنسان للنشاط وتحسين ظروفه وحماية نفسه . وعندما يكون شديداً أو مزمناً فهو مرض يحتاج للعلاج .

وبعض الناس لديهم استعداد للقلق المفرط بشكل وراثي والبعض الآخر تلعب ظروف تنشئتهم الصعبة دوراً هاماً في حدوث القلق المفرط لديهم ، حيث يصبح أسلوباً خاصاً للشخص أن «يقلق

ويضطرب أمام أحداث الحياة اليومية الاعتيادية» بسبب تعلمه هذا الأسلوب في سنوات حياته المبكرة المضطربة والصعبة . ويساهم المجتمع والثقافة في حدوث القلق وانتشاره من خلال الحروب والأزمات الاقتصادية وازدياد المشكلات الاجتماعية إضافة إلى فساد القيم والأخلاق والتنافس الشديد والفردية والأنانية في المجتمعات المعاصرة . .

ويؤدي القلق إلى استهلاك الطاقة النفسية والعصبية الطبيعية مما يمكن أن يتطور إلى حالة الاكتئاب بأشكالها العديدة . وأيضاً يمكن أن يؤثر على اداء أجهزة الجسم لوظائفه الطبيعية ودرجة مقاومته للأمراض والضغوط المتنوعة .

وهكذا يمكن القول أن القلق هو آلية طبيعية وصمام أمان يساعد الإنسان ولكنه يمكن أن يتحول إلى اضطراب أو مرض مما يستدعي تفهمه والسيطرة عليه وعلاجه .

* السهر

سؤال : السهر . . ؟؟ ما هو التفسير العلمي للسهر لدى الإنسان . . ؟؟

جواب : السهر يعني تنبه الجهاز العصبي وخلايا الدماغ واستمرار هذا التنبه بشكل غير طبيعي . ذلك أن النشاط الطبيعي يتطلب دورة يومية من النشاط والراحة . والسهر هو امتناع الراحة الطبيعية المتمثلة بالنوم .

وتتعدد الأسباب التي تودي إلى السهر والأرق . . ومنها تناول المواد المنبهة كالشاي والقهوة و«الكولا» و«الشوكولاته» . وأيضاً الوجبات الطعامية الدسمة والجهد البدني الشديد . ويؤدي القلق والتوتر الناتج عن مشكلة معينة إلى الأرق . كما تسبب الأمراض الجسمية والآلام المتنوعة انقطاع النوم والأرق .

وبعض العادات الشخصية السيئة تشجع على الأرق والسهر، كأن يتعود الإنسان أن يقوم ببعض النشاطات في الليل مثل القراءة ومشاهدة الأفلام وغير ذلك . .

والأرق لايعتبر مشكلة أو مرضاً إلا إذا تكرر وكان شديداً . . وأن يسهر الإنسان أحياناً أو مرة في الأسبوع ربما يكون مفيداً ويساعد على تجدد النشاط وتغيير الروتين الممل . كما أن بعض المشكلات المهمة تتطلب من الإنسان أن يسهر أحياناً وهذا مفيد وضروري كما هو واضح .

* الأحلام

سؤال : لماذا تحدث الأحلام لدى الإنسان . . ؟؟ ما هو التفسير العلمي للأحلام عند الإنسان . . ؟؟

جواب : تمثل الأحلام جزءاً من النشاط الطبيعي للجهاز العصبي أثناء النوم . وتساعد الأحلام على تفريغ التوترات الجسمية والنفسية وتعديل بعض الإحباطات اليومية التي لابد منها .

وفي الأحلام تحقيق بعض الرغبات القديمة أو الحديثة، كما أنها

تحفظ النوم واستمراريته مما قد يؤثر عليه من مؤثرات خارجية أو جسمية . حيث تؤدي الأصوات مثلاً إلى إيقاظ النائم لكن حلماً يتضمن ذلك الصوت يجعل النائم مستغرقاً في نومه ويحلم دون أن يستيقظ . وقد قدمت الدراسات العلمية المرتبطة بوظيفة الدماغ وموضوع الأحلام معلومات هامة حول النشاط الكهربائي العصبي خلال مرحلة الأحلام وحول المناطق الدماغية التي تنبعث منها هذه النشاطات الكهربية وغير ذلك . ولاتزال أبحاث كثيرة تجري لفهم الأحلام وآلية حدوثها ووظائفها . وأما التفسيرات الشائعة فهي ممتلئة بالأوهام والنظريات القديمة ولكن أهمية الأحلام عند العامة تدل على أهمية هذا اللغز الإنساني المحيّر والذي بدأت معالمه تتوضح أكثر من خلال البحث العلمي الدؤوب .

* التفكير

سؤال : لماذا يفكر الإنسان . . ؟؟ ماهو التفسير العلمي للتفكير لدى الإنسان . . ؟؟

جواب : التفكير هو قدرة خاصة يمتلكها الإنسان تساعده على النجاح في حياته وعلى التكيف مع محيطه . وهي تتطلب تدريباً طويلاً يمر به الطفل البشري إلى أن يصبح ناضجاً عاقلاً .

والدماغ الإنساني لغز كبير وجهاز معقد ومعجزة لايمكن أن تشبه أي اختراع حدث في تاريخ البشرية والتفكير ضرورة

حيـاتيـة . . «وكلٌ يفكر على هواه» حيث تتنوع الأفكار بتنوع البشر . والفكر الإنساني يحاول أن يفهم ما حوله من أشخاص وظروف وأحداث ويحاول أن يحقق للإنسان وضعاً أفضل ، وهو مرتبط بالذكاء ويحتاج إلى حد أدنى منه .

والتفكير جزء من قدرات الجهاز العصبي وهو يحتاج إلى الإحساس والمعلومات والتدريب كي يعمل بشكل صحيح ومفيد .

ويمكن للتفكير أن يضطرب في حال إصابة الدماغ أو في بعض الاضطرابات النفسية الشديدة . والتفكير قد ينتج أفكاراً صحيحة أو أخرى وهمية . ويمكن للإنسان أن يتعلم تحسين وظيفة تفكيره كي تصبح أخطاؤه أقل . ويمكن للتفكير أن يكون سطحياً أو جامداً أو محدوداً أو متطرفاً وأن يكون تفكيراً مرضياً .

* الغضب

سؤال : الغضب . . ؟؟ ماهو التفسير العلمي للغضب لدى الإنسان . . ؟؟

جواب : الغضب هو استجابة انفعالية طبيعية لمشاعر الإحباط . ويثير الغضب جملة من السلوكيات تتميز بالهجوم والقتالية ، حيث تثار القدرات العدوانية والإيذاء بمختلف درجاتها وشدتها . والغضب يبدأ بالتوتر والتحفز ، والجهاز العضلي يتهيأ لاشعورياً

كي يقوم بوظيفة الهجوم حيث تقل كمية الدم التي تغذي الجلد وينسحب الدم إلى العضلات المختلفة . وأيضاً يزداد إطباق الفكين ويتسرع التنفس ويزداد التركيز البصري كما يعبر الصوت ومضمون الكلام عن القوة والتقليل من الآخر ويكثر السباب والصياح والإيذاء .

وبعد ذلك تعود أجهزة الجسم إلى فترة الراحة والتعب بعد التفريغ الإنفعالي والعضلي المرافق للغضب .

وبعض الناس سريع الغضب وبعضهم أكثر ضبطاً لنفسه .

ولابد من الإحباط والفشل والصد في الحياة اليومية ، ولذا كان الغضب استجابة طبيعية ولكن من الضروري تعلم ضبط النفس والاستفادة من الطرق التعبيرية المفيدة والبناءة لأن الغضب إذا لم يكن له رادع يصبح قوة تدميرية لاتستقيم الحياة معها .

والأطفال يغضبون بسرعة وبشدة ثم يتعلمون أساليب إيجابية أخرى للحصول على ما يريدون . والتعبير عن الانزعاج والغضب يمكن أن يكون مفيداً ومريحاً ، لاسيما إذا جرى تفهم المشاعر والأحاسيس بشكل أمين وواقعي ، مما يساعد على النضج وضبط النفس ومن ثم التنفيس عن المشاعر المزعجة بشكل مفيد وغير ضار .

وبعض الناس يرتكب أبشع الحماقات في حالة الغضب حيث يتعطل التفكير المنطقي وتبقى المراكز العصبية الغريزية والتي تحتل

موقعها تحت القشرة الدماغية الواعية . . تبقى في حالة إثارة شديدة تجعل الإنسان أقرب إلى المخلوقات الحيوانية في انفعالاتها وشجارها وتعبيراتها، وهذا مرض . . يحتاج للتدريب والعلاج .

* الحزن

سؤال : بعض الأحيان يحزن الإنسان . . ؟؟ ماهو التفسير العلمي للحزن لدى الإنسان . . ؟؟

جواب : الحزن هوأحد المشاعر الأساسية في الحياة الإنسانية . وهو يمثل الاستجابة النفسية للفقدان . والفقدان قد يكون حقيقاً أو متوقعا أو متخيلاً . . وعندما يفقد الإنسان شيئاً فإنه يحزن . وأيضاً عندما يفقد أموراً معنوية مثل فقدان «ماء الوجه»، أو فقدان المكانة الاجتماعية أو الصحة وغير ذلك . . وبالطبع فإن الحزن شعور سلبي ومؤلم ويمثل الخسارة التي يتعرض لها الإنسان . وهو في أحد جوانبه يساعد على التكيف، لأن الحزن يتطلب من الجسم درجة من السلبية وقلة النشاط، واستعادة الذكريات والأفكار المؤلمة المرتبطة بالفقدان ، ثم يتلو ذلك درجة من النشاط والتفكير الإيجابي وهضم الذكرى والتكيف معها والمضي في طريق الحياة أكثر تجربة ، فهو بذلك يفهم الحياة بشكل واقعي ويتعرف على تجارب الفقدان المتنوعة والتي تشكل جزءاً من مسيرة الحياة والموت .

ويمكن للحزن أن يتضخم وأن يطول وأن يصبح بالتالي مرضاً وهو ما يسمى الاكتئاب.
كما أن بعض الناس لايستطيع أن يحزن بشكل واضح ولايجد الكلمات المناسبة التي تعبر عن حالة الحزن والأسى والألم، أو يهرب من كل ماهو محزن بشكل مبالغ فيه.. وكل ذلك يعكس اضطراباً نفسياً..

* البكاء

سؤال : لماذا نبكي..؟؟ أي ماهو التفسير العلمي لحالة البكاء عند الإنسان..؟؟

جواب : البكاء هو تعبير انفعالي وجسمي عن انفعالات مؤلمة غير مريحة مثل الحزن والأسى والحسرة والشعور بالحرقة والقهر والخوف، ويبكي الإنسان في حالة الانزعاج والغضب ولاسيما المرأة. وأيضاً يبكي الإنسان بسبب الفرح الشديد «دموع الفرح».
ويزداد التوتر الداخلي في الإنسان ويصل لمرحلة الإثارة العصبية لعدد من المجموعات العضلية المرتبطة بالتنفس وعضلات الوجه وتظهر حركات البكاء وأصواته المتعددة.
وفي البكاء إشارات ورسائل يرسلها الإنسان إلى من حوله، مما يستدعي عادة إثارة سلوكيات العون والدعم والمساعدة من الآخرين، مما يجعل البكاء وسيلة تعبيرية ذات بعد اجتماعي.
والبكاء في أبسط أشكاله يفرغ التوتر النفسي والعصبي

المؤلم، وينتج عنه راحة مؤقتة بسبب التفريغ الانفعالي المصاحب، وأيضاً بسبب حركات التنفس وإصدار الأصوات البكائية والتي يتبعها تنفس عميق .
وبعض الناس يبكي لأتفه الأسباب ، وبعضهم يتحمل أكثر ويضبط نفسه ومشاعره. والأطفال يعبرون بواسطة البكاء عن كثير من المشاعر والحاجات ، ثم يقل استعمال أسلوب البكاء وتتطور لدى الإنسان طرق تعبيرية أخرى .
وفي بعض حالات الإصابات الدماغية يبكي الإنسان بشكل تشنجي دون الشعور بالحزن مما يؤكد وجود مراكز عصبية معينة لإثارة البكاء .
ويعتبر البكاء عرضاً من أعراض الاكتئاب المرضي . كما أنه يرافق تجارب الفقدان الطبيعية ، والبكاء يدل على حساسية طبيعية في الإنسان وهو يستجيب لمواقف التأثر والمواقف المؤلمة بتعبير انفعالي صريح وصحي ولاسيما إذا كان في الحدود المقبولة .

* الفرح

سؤال : الفرح . . ؟؟ ماهو التفسير العلمي للفرح عند الإنسان . . ؟؟
جواب : الفرح هو أحد المشاعر الأساسية التي يمتلكها الإنسان . وهو ينتج عن تحقيق الرغبات واشباعها ، وعن تحقيق الذات وإثباتها . والفرح شعور إيجابي مرتبط بالمتعة والسعادة. وانعدام

الفرح دليل على عدم تحقيق الاشباع لحاجات الفرد ورغباته ومتطلباته وإحباط في سعيه نحو أهداف معينة أو طلبات خاصة.
ويثبت الفرح ويتكرر عندما يتلقى الإنسان التشجيع والمكافأة على أعماله وسلوكياته ممن حوله ومن المجتمع الذي يعيش فيه .
والفرح الطبيعي ينتج عن إشباع الحاجات الطبيعية ويمكن أن يكون الفرح مرضياً إذا كان الإنسان يشبع حاجات مرضية أو منحرفة مثل التلذذ بتعذيب الآخرين أو إيذائهم .
وأيضاً يصبح الفرح مرضياً عندما تكون الظروف المحيطة لاتتناسب مع الفرح وهنا تكون مشاعر الإنسان معزولة عن المحيط ومتناقضة معه .

ولابد للإنسان من الفرح لأن الحياة لاتستقيم دونه فالفرح يتحول إلى دافع يشجع النشاط والسلوك والتفكير لأنه مكافأة إيجابية للجهاز العصبي مما يساعده على تكامله ونضجه واستمراريته .
وهناك ما يسمى مراكز اللذة في الدماغ والتي تحتاج إلى إشباع وإثارة بنسب متفاوتة بين الناس. وهذه المراكز تتدرب وتتعلم على تأجيل اللذة وضبط السلوك مع النمو والتعلم . وقد يضطرب الضبط أو الإثارة وينتج عن ذلك انفلات نشاط هذه المراكز وبالتالي يضطرب الشعور بالفرح ويزداد دون مثير مناسب، ويمكن أن يحدث عكس ذلك ويفتقد الإنسان الشعور بالفرح ويصبح جامداً لامبالياً دون مشاعر .

* الضحك

سؤال : لماذا نضحك . . ؟؟ ما هو التفسير العلمي لحالة الضحك عند الإنسان . . ؟

جواب : الضحك هو استجابة فطرية انفعالية يتميز بها الإنسان وبعض المخلوقات الأخرى .

وهو استجابة لمثير داخلي أو خارجي . وهذا المثير له صفات معينة . ويترافق الضحك براحة ومتعة خاصة وشعور بالنشاط والتجدد والحيوية . كما يترافق بحركات لا إرادية تشمل الوجه والصدر وكل الجسم . وقد يؤدي الضحك المستمر والعنيف إلى فقد الوعي المؤقت بسبب التأثير على ضغط الدم المرتفع العائد من أعضاء الجسم بسبب الحركة العنيفة المتكررة .

والضحك وسيلة للراحة النفسية وأسلوب فعّال للتخفيف من التوتر والانزعاج يلجأ إليه معظم الناس. وإذا كان أسلوباً متكرراً بشكل مفرط فهو يعكس اضطراباً نفسياً وكذلك إذا انعدم تكراره أو كان نادراً . والابتسام درجة خفيفة منه، وربما تتجاوز الضحك في تعدد معانيها واستعمالها في مواقف متناقضة أو عديدة، ولها دلالاتها الخاصة في كل موقف ، وبالتحليل الأخير فالتبسم شكل مخفف من الضحك ويعكس الرضا والسرور والتقبل والنشوة، ومعاني إضافية تتعلق بالموقف نفسه مثل السخرية والاستهزاء أو غير ذلك . ويمكن للتبسم أن يكون مرضياً إذا كان دون سبب أو كان نادراً .

* **الكسل**

سؤال : الكسل . . ؟؟ ماهو التفسير العلمي للكسل عند الإنسان . . ؟؟

جواب : هو الامتناع عن القيام بالنشاطات المطلوبة بشكل إرادي ويمكن أن نسميه التكاسل، ويكون بذلك وسيلة تعبيرية عدوانية . وقد يكون مؤقتاً وعابراً وقد يكون مزمناً وشديداً .

وعندما يكون لدى الإنسان إحباطات وانزعاجات ولايستطيع التعبير عن مشاعره، فربما يلجأ للكسل والامتناع عن تنفيذ ما يطلب منه تعبيراً عن انزعاجه ولكن بشكل غير مباشر .

وهذا ما يُسمى «بالعدوانية السلبية» والتي يمكن أن تصبح جزءاً من صفات الشخصية، وتؤدي إلى مشكلات عديدة في تعامل الأنسان مع الآخرين في المنزل والعمل، حيثما يصبح مرضاً يحتاج للعلاج . وأما إذا كان عابراً ومؤقتاً فهو يساعد الإنسان على تفريغ انفعالاته السلبية مما يضمن له بعض التوازن ثم يستعيد نشاطه من جديد .

* الخمول

سؤال : الخمول . . ؟؟ ماهو التفسير العلمي للخمول لدى الإنسان . . ؟؟

جواب : هو نقص الطاقة الحيوية عند الإنسان . ويمكن أن يكون خمولاً ذهنياً أو حركياً .

ويمكن أن يكون عابراً ومؤقتاً بسبب الإجهاد والتعب والتوتر ومن ثم يستعيد الإنسان نشاطه وحيويته .

كما يمكن أن يكون نتيجة للظروف المحيطة حيث تقل الإثارة الخارجية والمسؤوليات المطلوبة من الإنسان مما يجعله خاملاً ساكناً .

والخمول يمكن أن يكون عرضاً للقلق المزمن والاكتئاب مما يستدعي علاجه .

* التكشير

سؤال : لماذا يكشر الإنسان بوجهه . . ؟؟ ماهو التفسير العلمي للتكشير لدى الإنسان . . ؟؟

جواب : التكشير هو تقلص عضلات الوجه وتوترها وشدها بشكل إرادي أو لا إرادي مما يعطي الإنسان شكلاً خاصاً معبراً . .

والمضمون التعبيري للتكشير يتعلق بمشاعر وإحساسات سلبية مثل القلق والتوتر والحزن والتجهم ، وأيضاً عدم الرضا وعدم الموافقة .

وهكذا فالتكشير وسيلة تعبيرية طبيعية . ويصبح علامة مرضية إذا كان مزمناً ومتكرراً وغير متناسب مع المواقف أو الظروف التي يمر بها الإنسان ، مما يستدعي العلاج .

*عقد الحاجبين

سؤال : لماذا يحدث عقد الحاجبين لدى الإنسان . . ؟؟ ماهو التفسير العلمي لعقد الحاجبين؟

جواب : عقد الحاجبين هو تقلص عضلات الحاجبين وتوترها وشدها بشكل إرادي أو لا إرادي، وهو أسلوب تعبيري عن التوتر والقلق وأيضاً عن الانزعاج والغضب والحزن والألم .

وتتسم بعض الوجوه بعقد الحواجب بشكل مستمر ومتكرر في مختلف المواقف ومنها المواقف الإيجابية السعيدة مما يدل على أن الشخص قد مر بمحنة أو أزمة خاصة ولاتزال آثارها مرسومة على الوجه . والحقيقة أن عضلات الوجه حساسة جداً وتعبر عن مختلف الاتصالات والحالات النفسية . ويمكن للتوتر والشد العضلي أن يصبح مزمناً دون الانتباه إليه مما يستدعي التدرب على الاسترخاء وتعديل وضعية العضلات غير الطبيعية وغير المناسبة .

٢ أنواع الاضطرابات النفسية وتصنيفها

الحقيقة أن المرض النفسي ليس مرضاً واحداً . . ووفقاً لتقسيمات الطب النفسي الحديثة فإن هناك أكثر من مئة اضطراب نفسي محدد له أعراضه وأوصافه وأسبابه . .

ويفضل استعمال مصطلح «اضطراب نفسي» وليس مرض نفسي . . ذلك لأننا نهتم بمجموعة الأعراض والظواهر غير الطبيعية والتي تؤلف عند اجتماعها معاً في حالة شخص ما ، اضطراباً معيناً. أما المرض فهو يحمل في أحد معانيه صفة الاستمرارية والإزمان إضافة إلى أن الأسباب تكون محددة بشكل دقيق وهذا لاينطبق على معظم الاضطرابات النفسية ، ومثلاً : نقول مرض البلهارسيا لأن أعراضه محددة وأيضاً السبب الممرِض (الذي يؤدي إلى المرض) محدد تماماً .

ونقول مرض «نقص المناعة المكتسب» لأن السبب محدد وهو ڤيروس . وقبل معرفة السبب المحدد المحدد الدقيق يمكننا أن نقول «اضطراب نقص المناعة» أي أن التشخيص يعتمد على ظهور أعراض وظواهر معينة متكررة ومتلازمة ولكن غير محددة السبب تماماً .

وإذا تحدثنا عن تصنيف الاضطرابات النفسية فإنه يمكننا تقسيمها بشكل عام ومبسط إلى مجموعتين ، وهي الاضطرابات

النفسية الكبرى أو الشديدة ، والاضطرابات النفسية الصغرى أو البسيطة .

وتشمل الفئة الأولى اضطرابات الفصام والاضطرابات الهذيانية (الزور) وأيضاً الاضطرابات الذهانية الحادة وغيرها ، وفي هذه الحالات هناك اضطراب شديد في العمليات الذهنية والفكرية إضافة إلى اضطراب السلوك والتصرفات ، ومن الأعراض الشائعة هنا هذيانات الشك والاضطهاد والهلاوس السمعية والبصرية ، حيث يسمع الشخص أصواتاً تكلمه أو تتكلم عنه دون وجود أي مصدر خارجي للصوت .

وهذه الفئة من الاضطرابات النفسية لها أهمية خاصة تاريخياً فهي مرتبطة بما يسمى الجنون أو فقدان العقل مع أن هذه التسمية غير صحيحة . حيث نجد أن فقدان العقل ليس متعمماً ولكنه اضطراب في الوظائف العقلية جزئياً . . كما أن كلمة جنون تحمل وصفاً سلبياً وإهانة باللغة الشائعة والرسمية ، وليس منطقياً أن يكون المرض إهانة أو عاراً ، فالمرض هو اضطراب في الوظائف الطبيعية يمكن للإنسان أن يتعرض له . والإصابة بالحمى أو الزائدة الدودية أو كسر عظم الفخذ لاتحمل أية معاني سلبية وليس فيها وصمة عار . . وهناك عديد من التفسيرات لامجال لذكرها حول نشوء مفهوم الجنون وشيوع استعماله في الحياة اليومية بشكل يخدم أغراضاً عديدة نفسية وشخصية

واجتماعية وفكرية . . ولكن كل ذلك لايعتمد على النظرة الطبية والعلمية الموضوعية في فهم الإنسان واضطراباته وأمراضه المتعددة .

ويدخل ضمن هذه الفئة الأولى من الاضطرابات النفسية الشديدة اضطرابات المزاج الشديدة مثل الهوس الذهاني والاكتئاب الذهاني ، حيث يضطرب المزاج الشخصي بشكل أساسي ونجد المريض في حالة الهوس نشيطاً جداً ، وتزداد سرعة أفكاره وكلامه ، ويزيد تفاؤله وجرأته ، وتزداد طاقاته الجسمية والحركية ، إضافة لمزاجه الانبساطي والفرح الشديد الذي يتحول أحياناً إلى غضب شديد وتمرد ونزعات للخصام والمجادلة وغير ذلك ، ويمكن أن يرافق ذلك اضطراب ذهني في عمليات التفكير فتظهر هذيانات العظمة وأن لدى المريض قدرات خارقة وغير ذلك . .

وفي الاكتئاب الذهاني مظاهر وأعراض معاكسة تماماً لما سبق . فهناك المزاج السوداوي والحزن ، والبطء في التفكير إضافة إلى هذيانات الاضطهاد والذنب والضياع .

كما تتضمن الفئة الأولى من الاضطرابات النفسية الشديدة الحالات الذهانية الناتجة عن أمراض عضوية مثل إلتهاب الدماغ ونقص السكر وأورام الدماغ وغيرها . . وأيضاً الحالات الذهانية الناتجة عن إدمان الكحول أو بقية المواد الإدمانية مثل «الحشيش»

و«الأمفتامين» و«الكوكائين» وغير ذلك . إضافة إلى الخرف واضطراب الذاكرة . . وحالات التخلف العقلي عند الأطفال وأيضاً الاضطراب التوحدي .

وأما الاضطرابات النفسية الصغرى أو البسيطة فهي أكثر شيوعاً وانتشاراً وربما تصل إلى ١٥-٢٠٪ من أفراد مجتمع معين ، بينما المجموعة الاولى تصل إلى ٣-٥٪ من مجموع السكان . ويعتبر القلق العام ونوبات الهلع من أكثر هذه الاضطرابات انتشاراً ، وأيضاً الوسواس القهري والمخاوف المرضية ومنها الخوف الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي والخوف من الأمراض . إضافة لاضطراب الشدة التالي للصدمة . وهناك ما يسمى الاضطرابات التجسيمية والتحويلية (الشبيهة بالجسمية) وهي عبارة عن مجموعة من الأعراض الجسمية المتنوعة التي قد توحي بوجود مرض جسمي عضوي ولكنها من منشأ نفسي ولايوجد أي اضطراب عضوي فيها ، مثل أعراض الصداع وضيق التنفس وصعوبة البلع وآلام الظهر والدوخة وفقد الصوت وتغيره والصرع النفسي . وهي شائعة وواسعة الانتشار ، ويراجع المصابون الأطباء العامون أو أطباء الباطنية والقلب ويتبين عدم وجود خلل عضوي . وربما يعبر الشخص عن إحباطاته وآلامه بطريقة جسمية بدلاً عن التعبير الانفعالي النفسي الواضح . . وربما يراجع الشخص المعالجين الشعبيين

ويحدث الخلط مع الإصابة العين والسحر والجن والحسد في هذه الحالات خصوصاً ، إضافة إلى عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى التي يحدث فيها مثل هذا الخلط .

ويمكننا أن نضيف إلى الإضطرابات النفسية الصغرى اضطرابات الوظيفة الجنسية عند الرجل أو المرأة ، واضطرابات الطعام مثل «القمه العصبي» أو الامتناع عن العطام مع بذل الجهود لتخفيف الوزن مع أن الوزن غير زائد . وأيضاً نوبات الشره الطعامي المترافقة مع الإقياء . وهناك اضطرابات النوم مثل الأرق المزمن والكوابيس المتكررة والمشي أثناء النوم وغيرها . . وأيضاً الحالات النفسية والعوامل التي تؤثر على أمراض جسمية معروفة مثل ارتفاع الضغط والقرحة والكولون العصبي والأعراض المصاحبة للدورة الشهرية . . وأيضاً الاضطرابات العصبية الذاتية من منشأ نفسي مثل عصاب القلب والإسهال وعسر التبول ووهن الدورة الدموية وغير ذلك .

وأما الحالات الاكتئابية فهي متعددة الدرجات وهناك الاكتئاب الخفيف المزمن والاكتئاب الشديد الدوري المتكرر . والاكتئاب واسع الانتشار ويرافق عدداً من الاضطرابات النفسية التي ذكرت سابقاً كما يرافق عدداً من الأمراض العضوية والسلوك الإدماني . و يرافق أيضاً عدداً من اضطرابات الشخصية المتعددة المظاهر ، كما ينتشر بعد الولادة ويمكن له أن

يتكرر بشكل نوبات مختلفة الشدة . ولايعتبر من الاضطرابات النفسية الكبرى إلا إذا ترافق مع الهذيانات والهلاوس والأعراض الإكتئابية الشديدة .

ويضاف إلى أنواع الاضطرابات النفسية الكبرى والصغرى اضطرابات الشخصية . . مثل الشخصية الاعتمادية، والشخصية شبه الفصامية، والشخصية الزورية (الشكاكة)، والشخصية الحدودية الاندفاعية ، والشخصية الهسيتريائية، والشخصية الوسواسية، والشخصية النرجسية، وغير ذلك مثل الشخصية المضادة للمجتمع . وفي هذه الاضطرابات نجد أنماطاً من السلوك والتصرف بشكل محدد في مجال العلاقات الشخصية والتعبير الانفعالي وشدته . وعادة يحمل الإنسان أكثر من صفة مرضية يمكن أن تسبب المشكلات للشخص أو لعلاقته بالآخرين . ولايعتبر اضطراب الشخصية مرضاً إلا إذا كانت الصفات التي يحملها متعددة وتسبب له مشاكل واضحة .

والأشخاص الذين لديهم اضطراب في الشخصية يشكون من اضطرابات نفسية متعددة مثل القلق والاكتئاب وغير ذلك، وبعضهم الآخر يصعب التعامل معه في أوساط العمل أو في الحياة المنزلية .

ويضاف إلى ما سبق ذكره عن الاضطرابات النفسية وتصنيفها اضطرابات التكيف . . وهي واسعة الانتشار وترتبط

مباشرة بالضغوط النفسية والأزمات الحياتية، مثل فقد العمل والتقاعد والزواج والطلاق والمشاكل الأخرى التي يتعرض لها الإنسان . وهناك الضغوط الحادة المؤقتة والعابرة وهناك ضغطوط أخرى مزمنة . وفي كلا الحالتين فإن هناك عدداً من الأعراض والسلوكيات المرضية تنشأ بعد حدوث مثل هذه الضغوط . وهذه الاضطرابات تأخذ أشكالاً متنوعة مثل القلق أو الاكتئاب أو مزيج منهما، أو تأخذ شكل اضطراب في السلوك مثل التعدي على الآخرين والقيادة المتهورة والتهرب من المسؤوليات، وغير ذلك من التصرفات والأعراض في حالات الأطفال والمراهقين . وقد اهتم الطب النفسي مؤخراً بمشكلات الأسرة والتوافق الزوجي . وتضمنت تصنيفات الاضطرابات النفسية الحديثة مشكلات العلاقات بين الجنسين وموضوع إيذاء الأطفال من الناحية الجسمية أو الجنسية، وأيضاً إيذاء الزوجة، وموضوعات الطلاق والتفاهم الزوجي والعائلي وغير ذلك . .

وفي الختام لابد من التأكيد على أن الاضطربات النفسية تصيب مختلف الأعمار بدءاً من الأطفال إلى المراهقين والراشدين وكبار السن . وفي حالات الأطفال نجد عدداً من الاضطرابات الشديدة، كما نجد الاضطرابات الخفيفة مثل قلق الانفصال والذهاب إلى المدرسة والتبول الليلي والتلعثم والخجل وغير ذلك . وبعض هذه الاضطرابات تشفى وبعضها يستمر وقتاً طويلاً . وعند المراهقين نجد اضطرابات الهوية الجنسية والقلق

والاكتئاب وصعوبة التحصيل المدرسي والتوافق الاجتماعي ، وغير ذلك . وعند الراشدين نجد معظم الاضطرابات النفسية المذكورة سابقاً . وفي كبار السن تكثر مشكلات الخرف واضطرابات الذاكرة وغيرها .

ولابد من التأكيد أيضاً على ضرورة فهم الاضطراب النفسي ومد يد العون للآخر سواءً في البيئة المنزلية أو البيئة العملية أو المجتمع الكبير . . والمعاناة النفسية يمكن لها أن تفوق كثيراً من الآلام الجسمية . . وبالطبع فإن الحالات النفسية تختلف في شدتها ومدتها وبعض الحالات عابرة أو متوسطة المدة وبعضها الآخر أكثر إزماناً ، كما أن معظم الحالات لاتحتاج إلى الدخول إلى المستشفى ويمكن علاجها في العيادة الخارجية . والاضطرابات النفسية ليست عيباً أو عاراً أو ضعفاً أو مدعاة للسخرية والهزء . . ولعل الاقتراب من فهم النفس البشرية في صحتها ومرضها يعطينا وعياً أفضل ومعرفة مفيدة عن أحوالنا وأحوال من حولنا . . ولابد لنا من التغلب على أنانيتنا ونرجسيتنا الفطرية التي تتمثل بحب الذات دون الامتداد إلى الآخر وتقديم العون له والتعاون معه في شئوون الحياة جميعها . . والحقيقة أنه لاتوجد حياة بشرية دون الاضطراب النفسي ولايمكن للحياة أن تكون صحة مطلقة . . ومن هنا ضرورة أن نقبل أنفسنا واضطراباتنا وأن نقبلها في غيرنا وأن نسعى جاهدين نحو المزيد من الصحة لنا وللآخرين .

٣ التسويق (البيع والشراء) والعوامل النفسية المرتبطة به

ترتبط عمليات البيع والشراء بالعوامل النفسية بشكل واضح . . وقد تطورت مفاهيم التسويق وبيع المنتجات في العصر الحديث تطوراً كبيراً . . نظراً لأهمية مفهوم السوق من حيث إنتاج السلع وعرضها ومن ثم بيعها وتسويقها . . واليوم أصبحت دراسة العملية التسويقية يشترك فيها كثير من الخبراء . . ولاتزال الأبحاث جارية لمعرفة القوانين والأساليب التي تسهل عملية البيع والشراء . وإضافة للخبرة التي يحصل عليها كل من مارس عملية البيع فإن هناك عدداً من النقاط المرتبطة بالأمور النفسية تتطلب الوقوف عندها . .

ولعل أهمها موضوع «الثقة» الذي يمكن للبائع الناجح أن يمليه على المشتري وأن يشعره بالأمان وأنه موضع ثقة من حيث البضاعة المعروضة ، ومن حيث التعليقات والمعلومات التي يقدمها البائع للزبون . مما يستدعي تفهم البائع لبضاعته ومصدرها والتفاصيل المرتبطة بها ، وعندما يتحدث عنها بلهجة الفاهم والمتمكن فإنه يلتمس أثراً إيجابياً لدى الزبون يساعد على عملية تقبل المشتري للبضاعة واتخاذه قرار الشراء . وهناك أيضاً «احترام المشتري» وإشعاره بقيمته ، لأن ذلك يخلق شعوراً

إيجابياً لدى المشتري مما يسهل عملية التفاهم بين البائع والمشتري ويشجع عملية الشراء .

والنقطة الأخرى هي «شخصية البائع» والانطباع العام الذي يعطيه للزبائن من حيث نضجه وأساليبه وطرق تعامله مع الآخرين . ومن البديهي أن الشخصية ذات القدرات والخبرات الاجتماعية لها وقعها الايجابي وبالتالي نجاحها أكثر في عملية البيع . ومن هذه القدرات اللباقة والكياسة والتهذيب والحساسية للطرف الآخر وحسن الاستماع وحسن الكلام . . وغير ذلك .

والحقيقة أن هناك موضوعاً هاماً يتعلق بعملية «الاتصال» التي تجري بين البائع والمشتري، تتدخل فيها عدد من التعبيرات والتعبيرات المعاكسة وبشكل غير لغوي وغير لفظي في كثير من الأحيان . ويقصد بذلك ضرورة تفهم البائع للإشارات والتعبيرات الصادرة عن المشتري والاستجابة بما يتوافق معها، لأن الإشارات التعبيرية أصدق من الكلام ذاته، وهذا يعني ضرورة التدريب على فهم إشارات اليد والوجه وووضعية الجلوس وغير ذلك مما يجري عادة عند لقاء الأشخاص . وهنا يمكن للخبير المتمرس في إشارات الاتصال والمعاني الصادرة من الآخر أن يتفهم الطرف الآخر أكثر، مما يمكّن من الإنتقال إلى موضوع آخر أو نقطة أخرى وبشكل مرن وذكي عند ظهور إشارات الملل أو القلق أو الإشارات السلبية الرافضة عند

الوصـول إلى نقطة مـعـينة من الحـوار . والبـائع الذكي بدلاً من الانكماش والرد السلبي يمكنه التحول والتركيز على أمور أخرى إلى أن يطمئن إلى إشارات الطرف الآخر حيث يعرض ثانية إتمام عملية البيع ، وبالتالي اتخاذ القرار بالشراء من قبل المشتري .

ويمكننا القول أن عـملية البيع والشراء هي عـملية معقدة تتداخل فيها عديد من العوامل ومنها العوامل الاقتصادية والعرض والطلب ونوعية البضاعة وثمنها ونوعية المستهلك و المشتري وإمكانياته المادية والثقافية وأيضاً العوامل النفسية المرتبطة بالبائع والمشتري على حد سواء . ويبقى تفهم شخصية المستهلك ورغباته ومخاوفه عنصراً يستدعي من البائع جملة من الأساليب والقدرات والخبرة والتي تؤدي بصاحبها إلى النجاح مع عدد أكبر من المشترين .

٤ الشعر والشعراء من الناحية النفسية

تعتبر الكتابة بأشكالها المختلفة وسيلة تعبيرية ذات وظائف نفسية مفيدة . والكتاب شاعراً كان أم قاصاً أم روائياً لديه قدرات متميزة ومتفوقة في المجال اللغوي . . وله القدرة على تشكيل الكلمات وتطويعها بشكل يفوق الإنسان العادي «الشعراء أمراء الكلام يتصرفون فيه كيف شاؤوا» .

وهنا جانب الموهبة الفطرية والتي تتلخص بوجود حساسية خاصة في الجهاز العصبي ، ولاسيما في منطقة اللغة والكلام والتي تتمركز بشكل أساسي في الفص الصدغي من الدماغ ، إضافة لقدرات التذوق الفني والجمالي في المناطق الدماغية الأخرى . ويمكن لهذه الحساسية الفائقة أن تكون وراثية . ومن المؤكد أن التدريب له دور كبير في صقل الموهبة الأدبية وتطويرها .

والإنتاج الشعري لايمكنه أن يكون صناعة لفظية متعمدة إلا في حالات الشعر الهابط . والشاعر المبدع يجد نفسه متفاعلاً ومتأثراً بموضوع معين مما يخلق توتراً خاصاً يستدعي صياغة الكلمات الشعرية التي تمثل في ذهنه أو لسانه أو قلمه وتلّح على الظهور بشكل تلقائي . . ومن ثم يمكن للشاعر أن يراجع كلماته أو يعدل فيها . وهكذا فإن حالة التوتر الإبداعي وما يرافقها من إبداع تتحكم فيها عوامل لاشعورية بشكل أساسي ، ويأتي دور

التفكير والمراقبة والوعي مكملاً ومتابعاً وموجهاً للدفقة اللغوية الشاعرية والتي تتضمن في بنيتها مزيجاً من الإنفعالات والصور الذهنية والأفكار التي تتفاعل في شخصية الشاعر وفي أعصابه وتكوينه .

والحقيقة أن حالة «التوتر الإبداعي» ليست محددة تماماً ولايزال يكتنفها كثير من الغموض يشبه غموض العقل البشري نفسه . وهناك عدد من القواعد والنظريات التي تحاول فهم هذه العملية وجوانبها المثيرة .

وفي أبسط التحليلات يمكننا أن نقول أن التوتر الإبداعي هو حالة من أحوال النفس وفيها متناقضات ، أو حالة من الإثارة والحركة تستدعي الحل والتوازن . . مما يؤدي إلى تشكل الكلمات بطريقة معينة تؤدي إلى إعادة التوازن والانضباط للحالة النفسية . وهي بالطبع ليست حالة مرضية . . ويحاول البعض الوصول إليها عن عمد باستعمال بعض المواد ذات التأثير النفسي العصبي أو من خلال التعرض لمشاهد ومثيرات خاصة ومحاولة التفاعل معها . أو من خلال ترتيب الأجواء المناسبة الطبيعية أو غير الطبيعية مثل اختيار الزمان والمكان والأشخاص والأشياء المحيطة التي تثير مثل هذه الحالات التوترية الإبداعية .

والحقيقة أن الكتابة الشعرية وغيرها من ألوان الكتابة الإبداعية ، إضافة إلى القدرات الإبداعية الأخرى الفنية مثل

الرسم والموسيقا، لايمكنها أن تعطي وتنتج كل الوقت وكل يوم. ويمر المبدع بمراحل ولحظات منتجة وأخرى عاطلة . ويختلف الأشخاص بالطبع في نوعية قدراتهم وصفاتها وغزارتها.

ومن المعروف أن الشاعر يحتاج «للإلهام» وليس بالضرورة أن يكون ذلك هو «الحبيب الملهم» بل يمكن أن يكون قضية أو فكرة أو معاناة خاصة . .

والحب يمكن أن يكون مصدراً شعرياً هاماً لما يمثله الحب من أشواق وفرح وسعادة، وأيضاً بما فيه من عذاب وإحباط ومعاناة. . وتختلف أشكال المعاناة والحرمانات وشدتها. والألم محرك للنفس ومثير للتوتر الإبداعي. . ولايكفي وحده بالطبع. . والكتابة أو الإبداع عموماً، يخفف الألم ويشكلّه ويحولّه . . مما يعطي خلقاً جديداً وجمالاً وأثراً .

والحقيقة أن كثيراً من الشعراء يعيشون الشعر في حياتهم اليومية . . وقد لايكتبون شيئاً كثيراً . . وهم «يرون مالايُرى» «ويسمعون مالايُسمع» بسبب حساسيتهم المرهفة .

كما أنهم يعيشون بكامل طاقاتهم وقدراتهم العاطفية والروحية والفكرية، ويتفاعلون مع الحياة من حولهم بعمق وحساسية، وبالتالي فهم يعيشون الحياة حقاً وبشكل أكثر غنى وامتلاءً وأبعاداً من حياة الناس العاديين .

ويمكن لعدد من الاضطرابات النفسية أن تصيب الشعراء والأدباء وغيرهم من المبدعين بنسبة أعلى من الناس العاديين إذا اعتبروا فئة خاصة . . ونجد مثل هذا الإختلاف في عدد من المهن الأخرى الصعبة مثل الطب وغير ذلك . ومما لاشك فيه أن الشعر ليس جنوناً . . والمبدعون ليسوا مرضى نفسيين .

والاضطراب النفسي الشديد لاينتج إبداعاً جيداً ، كما تعلمنا التجربة اليومية مع حالات الاضطراب النفسي وكما تدل عليه سيرة المبدعين . ذلك لأن الاضطراب النفسي الشديد هو حالة من التفكك والتدهور وعدم الترابط . . والإبداع الجيد يحتاج إلى حد أدنى من المنطق والتوازن والصحة النفسية .

وهكذا نجد أن الفترات الإبداعية تكون عادة بعد تحسن الحالة النفسية واستقرارها عند من يعانون من اضطراب نفسي معين .

وتختلف أحوال الشعراء وطبقاتهم وشخصياتهم . . ومنهم الهواة ومنهم المحترفون المتفرغون للكتابة ، ومنهم الأدعياء والمحتالين والمضطربين وغير ذلك ، ومنهم المبدعون والمفكرون والعظماء .

ومما لاشك فيه أنه يمكن للشعر أن يرقى بالإنسان، وهو أحد معالم تطور الفكر البشري . . وقد استطاع الشعر أن يعبر عن أدق عواطف البشر ومعاناتهم ووصل إلى أعماق النفوس

وخباياها من خلال التعبير عنها وعن عوالمها وتصوراتها وخيالاتها . كما أضاف للعلوم النفسية ثراءً وفهماً لطبيعة الإنسان وتفكيره ورغباته وتناقضاته وصراعاته، وفسح المجال للمزيد من البحث والنظريات التي تحاول الوصول إلى الحقائق الهامة التي تحاول أن تفهم الإنسان وتخدمه .

٥ حوار حول الطب النفسي ☆

البطاقة الشخصية

سؤال : نريد أن نتعرف في البداية على بطاقتكم الشخصية؟

جواب : من مواليد مدينة دمشق ، درست الطب البشري في جامعة دمشق ثم عملت في مجال الطب النفسي منذ أكثر من خمسة عشر عاماً . . رحلتي العلمية كانت متنوعة وبدايتها في بريطانيا وإيرلندا . وقد مارست الطب النفسي والعلاج النفسي في عدد من الجامعات ومنها جامعة الملك سعود في الرياض وجامعة لندن وليڤربول وأيضاً في جامعة ڤينا ، وقمت بدورات تدريبية في الولايات المتحدة الأمريكية .

وقد اكتسبت خبرة مفيدة متنوعة في مختلف مجالات الطب النفسي بحكم ظروفي العملية والعلمية ، وساعدني على ذلك اتخاذي موقعاً مرناً متفتحاً من المذاهب النفسية المختلفة دون التعصب لأحدها .

وقد حصلت على دبلوم وبورد تخصصي وزمالة في الطب النفسي إضافة إلى عضويتي في عدد من الهيئات العلمية والفخرية في العلاج النفسي في بريطانيا والنمسا والولايات المتحدة الأمريكية .

☆هذا المقال مأخوذ عن مقابلة صحفية للمؤلف مع مجلة النور الكويتية في كانون الثاني (ديسمبر) ١٩٩٦م .

وأنا الآن متفرغ للعمل بعيادتي الخاصة بجدة، وأعمل على المساهمة في الاستفادة من العلوم النفسية في المجال العيادي والثقافي من خلال المشاركات في الندوات العلمية وكتابة المقالات والدراسات ، ولي كتابين في الطب النفسي باللغة العربية الأول حول الخجل أو الخوف الاجتماعي والثاني حول الطب النفسي والحياة .

الطب النفسي بإيجاز

سؤال : فما هو الطب النفسي بإيجاز ؟

جواب : الطب النفسي هو فرع من فروع الطب . . وهو قديم قدم الإنسان، وقد مر بمراحل عديدة من حيث فهم الاضطرابات النفسية وأساليب علاجها . وبين أيدينا في الوقت الحالي جملة من النتائج والنظريات لتفسير هذه الاضطرابات وعلاجها . والنظرة المتوازنة للإنسان تبين أن الإنسان ومشكلاته النفسية ترتبط بتكوين الإنسان نفسه من حيث تأثير الجوانب العضوية والوراثية والجوانب التربوية والنفسية والجوانب الاجتماعية والبيئية . ولاننسى أهمية الجوانب الثقافية والفلسفية والدينية في تأثيرها على الإنسان في صحته ومرضه .

والاضطرابات النفسية منها الاضطرابات الشديدة ومنها الاضطرابات الصغرى ، وتصنيفها يصل إلى أكثر من مئة نوع وشكل . ومن الاضطرابات الشديدة الفصام والهوس والزور

والذهان الحاد . ومن الاضطرابات الصغرى القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية والوسواس القهري والاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ . وهناك أيضاً اضطرابات الشخصية في صفاتها وسلوكها ، واضطراب العلاقات الشخصية ، والاضطرابات الجنسية واضطرابات الطعام والنوم . . وغير ذلك .

ويعتمد الطب النفسي في العلاج على عدد من الأساليب بما يتناسب مع الحالة المرضية ، وأساليب العلاج كيميائية وعضوية ونفسية واجتماعية .

ويشترك في أساليب العلاج غير الكيميائية عدد من الاختصاصات الأخرى مثل الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمرشدين التربويين وغيرهم من المثقفين والموجهين في المجال الديني .

وبالطبع فإن لكل دوره الهام والمفيد وفي كثير من الحالات لابد من التعاون بين عدد من الجهات للوصول إلى خدمات علاجية أفضل .

والمجال مفتوح أمام الطب النفسي والعلوم المرتبطة به لاكتشاف الإنسان وفهمه بشكل علمي أفضل في حال الصحة والاضطراب . والجهود العلمية دؤوبة في دراسة الإنسان والعقل البشري مما يمكن من تطوير أساليب فعالة ومفيدة .

دور الإيمان في الاضطرابات النفسية

سؤال : ما هو دور الإيمان في تلافي الأمراض النفسية ؟

جواب : مما لاشك فيه أن الإيمان يلعب دوراً إيجابياً في كثير من الاضطرابات النفسية . والآثار الإيجابية هذه تتلخص في التخفيف من الأعراض المرضية ، أو في الوقاية من بعضها الآخر . والإيمان يمكن أن يخفف من تأثير الصدمات النفسية ، حيث يساعد الإنسان على تقبل المصيبة وضبط النفس . كما أن اليأس المفرط والقنوط لامكان له في العقيدة الإسلامية وهذا ما أدى إلى أن نسبة الإنتحار قليلة في المجتمعات الإسلامية عموماً . وهناك عدد من الملاحظات المتعلقة بأهمية الإيمان (والدين بشكل عام) من حيث تأثيرها في مجال الطب النفسي يمكن تلخيصها في عدد من النقاط . . .

١- القلق والخوف واليأس كمشاعر بشرية أساسية يمكن للدين أن يضبطها أو يخفف منها . من خلال الإيمان واللجوء إلى الله ومن خلال الذكر والاستغفار والتوبة وغير ذلك .

٢- الإلتزام الديني يضبط شرور النفس ويهذبها ويبعدها عن الوقوع في الإثم والإضرار بالذات والآخرين .

٣- الشعائر التعبدية مثل الصلاة والذكر تريح النفس وتخفف القلق وتعين الإنسان على مواجهة الحياة ومتاعبها .

٤- الشريعة وتوجيهاتها في مجال الحياة اليومية والمعاملات تضمن معرفة الإنسان لحقوقه وواجباته وتنظم الحياة بما يضمن التعاون والتكافل وحل النزاعات والصراعات وضمان الحقوق.

ومن الملاحظ أن كثيراً من الناس يظن أن الاضطرابات النفسية لاتصيب «المسلم» وفي ذلك مبالغة واضحة وغير واقعية. فالاضطراب النفسي «ليس كفراً». ولكن نجد في بعض الاضطرابات النفسية أنه يمكن لضعف الوازع الديني أن يلعب دوراً واضحاً فيها ، مثل الإدمان على المخدرات واضطراب الشخصية المنحرفة المضادة للمجتمع والتي تقوم بأنواع السلوك الإجرامي مثل الكذب والغش والنفاق والسرقة والاختلاس والاغتصاب وغير ذلك .

أما في معظم الحالات الأخرى فلا توجد علاقة مباشرة ولكنه من المفيد التأكيد على الأمور الإيمانية وممارسة الشعائر التعبدية مما يعطي المريض قدرة أكبر على مواجهة مشكلاته والسير في حلها بشكل علمي وصحيح حيث «يعقلها ويتوكل» بما يضمن له السير نحو الشفاء واكتساب الرضى والتوفيق من الله عز وجل .

ثقافتنا العربية ومشكلات الطب النفسي

سؤال : ثقافتنا العربية ما تزال تنظر بالشك والريبة إلى الطب النفسي ما هو رأيكم في كيفية تغيير ذلك ؟

جواب : مما لاشك فيه أن الطب النفسي في بلادنا يواجه عدة مشكلات . . أولها الجهل والخرافة . . ولابد من المعرفة العلمية والوعي النفسي وأخذ العلم من مصادره . وأما الشائعات والأفكار السلبية السطحية المتعلقة بالطب النفسي فهي مرفوضة وتأثيرها مؤذ وخطر .

وأيضاً هناك مفهوم اللوثة أو الوصمة السلبية المرتبطة بالموضوع . . حيث يظن كثير من الناس أن الطب النفسي مرتبط بعلاج الجنون فقط مع العلم بأن الاضطرابات النفسية الشديدة لاتشكل إلا حوالي ١٠٪ من الاضطرابات النفسية العديدة .

وهناك مشكلات أخرى تتعلق بتطبيق العلوم النفسية في بلادنا من حيث صلاحية أساليب بعض أنواع العلاجات ، وأيضاً ضرورة فهم مشكلاتنا الخاصة بنا بما يتناسب مع المشكلة وحجمها وتفاصيلها دون اللجوء إلى إستعارة الأساليب الجاهزة غير المناسبة . وهناك مشكلات المصطلحات النفسية وتعريب الطب النفسي والتواصل مع أحدث الإكتشافات العلمية في هذا الميدان ، وهذا من المشكلات التي تواجه الاختصاصيين العرب

والتي تتطلب منهم مجهوداً خاصاً وتعاوناً لتذليل كثير من العقبات الموجودة . ومما لاشك فيه أن الأولويات المطروحة في بلادنا من حيث التنمية والوعي والتحديث سيكون لها أثر إيجابي في تغيير النظرات السلبية والمشكلات التي تواجه العلوم النفسية والطب النفسي في مجتمعنا .

الاضطرابات النفسية عند الرجل والمرأة

سؤال : هل صحيح أن الاضطرابات النفسية أكثر شيوعاً عند الرجال ؟

جواب : الحقيقة أن الاضطرابات النفسية شائعة عند النساء أكثر منها في الرجال . وهذا ينطبق على جملة الاضطرابات النفسية . وفي بعض الاضطرابات المحددة مثل السلوك الاجرامي والإدمان فهي عند الرجال أكثر . وفي عدد آخر من الاضطرابات يتساوى الجنسين في نسبة حدوثها مثل الهوس والفصام والوسواس القهري . وفي الممارسة العملية نجد أن مراجعي خدمات الطب النفسي هم من الرجال أكثر، وربما يرتبط ذلك بسهولة حركتهم والمسؤوليات الملقاة على عاتقهم مما يدفعهم لطلب العون والمشورة أكثر . كما أن الوصمة السلبية المرتبطة بالأمور النفسية تزداد شدة في حالة المرأة مما يجعل الأهل يخفون اضطرابات المرأة .

وفي كل اضطراب على حدة تفيد معرفة الجنس لما في ذلك من أهمية حول فهم الأسباب المؤدية للمرض ومدى ارتباطها بالتكوين العضوي والهرموني أو الوراثي، وأيضاً يفتح ذلك المجال لدراسة أهمية العوامل التربوية والاجتماعية المرتبطة باختلاف الجنسين وتأثير ذلك في النواحي النفسية.

الخجل .. اضطراب نفسي

سؤال : في كتابكم الخوف الاجتماعي اعتبرتم الخجل مرضاً تجب معالجته. هل لكم أن توضحوا خلاصة رأيكم في هذا الموضوع الهام ؟

جواب : الخجل في الطب النفسي يسمى الخوف الاجتماعي أو «الرُهاب الاجتماعي» وهو يعني ظهور أعراض القلق والخوف في المناسبات الاجتماعية، حيث يكون الإنسان موضع الإنتباه والتفحص من الآخرين. وهو يختلف تماماً عن موضوع «الحياء» كخلق كريم اتصف به الرسول صلى الله عليه وسلم. فالحياء هو «الامتناع عن الفحش وترك القبيح من القول والعمل».

والخوف الاجتماعي اضطراب نفسي واسع الانتشار وهو يؤدي إلى معاناة الإنسان الشديدة، ويساهم على المستوى الاجتماعي بضياع قدرات الأشخاص وعدم الاستفادة من آرائهم وإمكانياتهم. حيث يعيش الخجول حياة إنعزالية هامشية ولايمكنه المشاركة الفعلية في النشاطات الاجتماعية المختلفة.

وتساهم العوامل العضوية والوراثية في وجود حساسية فائقة في الجهاز العصبي لهؤلاء الأشخاص، وتلعب التربية القاسية دوراً هاماً في نشوء الخوف والقلق في المناسبات الاجتماعية. كما تؤثر الظروف الاجتماعية مثل حيث الحرمانات الاقتصادية أو تفكك الأسرة أو عدم إتاحة الفرص للأفراد لتحقيق شخصيتهم وفرديتهم.

وتلعب العوامل النفسية والعقد المرتبطة بالتنافس وقيمة الذات والتي ترتبط بالتربية والظروف الاجتماعية، دوراً مهماً في تشكل عقد النقص وعدم الثقة بالذات والتردد في التعبير عن النفس.

ويعتمد العلاج على تحديد المشكلة أولاً. وهناك علاجات كيميائية مفيدة، كما أن العلاج النفسي والسلوكي والمعرفي والذي يعتمد على فهم الإنسان لنفسه وقدراته دون التقليل من نقاط قوته ودون المبالغة في نقاط ضعفه يمكن له أن يكون أسلوباً مفيداً وناجحاً ولاسيما إذا ترافق مع مواجهة المواقف الصعبة بالتدريج إلى أن يتثبت سلوكه الطبيعي في الحديث و المشاركة مع الآخرين، دون قلق شديد أو معطل وفي الوقاية من هذا الاضطراب نجد ضرورة تشجيع الفرد على تحقيق شخصيته دون الإكثار من التقييدات الشكلية والأوامر والممنوعات. والابتعاد عن الوصمة السلبية قدر الإمكان، وأيضاً ضرورة توفير الفرص

للمشاركة في الحديث وإبداء الرأي والإحترام دون السخرية أو الهزء أو العقاب الشديد .

والحقيقة أن كل ما يزيد من الثقة بالنفس يمكن أن يكون له تأثير إيجابي، وكل ما يقلل من أهمية الفرد وقدراته يؤثر بشكل سلبي .

❑ الفصل الثاني

الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجاتها

١ - الفصام . . مراجعة شاملة لمظاهره . . أسبابه . . وطرق العلاج .
٢- الاضطراب ذو الشكل الفصامي .
٣- الفصام المزاجي .
٤ - الاضطراب الهذياني (الزور - الشك) .
٥- الاضطراب الذهاني العابر (قصير الأمد) .
٦- الاضطراب الذهاني المتشارك (الذهان الثنائي) .
٧- الاضطرابات المزاجية (الهوس الاكتئابي) : الهوس .
٨- الأعراض الجسمية «نفسية المنشأ» في الطب النفسي .
٩- الاضطرابات التحويلية (الهستيريا التحويلية) : مظاهرها . . أسبابها . . وطرق العلاج .
☆ملحق : التفريق بين نوبات الصرع والنوبات الشبيهة بالصرع نفسية المنشأ .
١٠ المخاوف المرضية . . ملاحظات .
١١ - الاضطراب التصّنعي «قطع زجاج تخرج من عين البنت الصغيرة حسناء» .
١٢ - العلاج النفسي المعرفي في الممارسة العيادية . . مراجعة عامة .
١٣ - الأدوية النفسية فوائدها . . ومساوئها .



١ «الفصام» مراجعة شاملة لمظاهره .. أسبابه .. وطرق العلاج ..

يعتبر الفصام (Schizophrenia) واحداً من أهم الاضطرابات النفسية الشائعة . . ويعود ذلك إلى شدة هذا المرض وأعراضه العقلية والسلوكية ، إضافة إلى انتشاره الواسع في جميع المجتمعات وبنسبة ١٪ من الناس تقريباً .

وتتعدد نظرات الناس وآراؤهم حول هذا الاضطراب وفيها كثير من الأوهام والأساطير والأفكار الخاطئة .

ولابد من تقديم المعلومات الطبية والصحيحة حول هذا المرض لتبديد الأوهام الكثيرة مما يعود بالفائدة على المريض نفسه وعلى أهله ومن ثم على المجتمع بشكل عام .

ويشير مصطلح «الفصام» إلى فصام العقل وانفصاله . وفي معنى آخر أكثر وضوحاً يعني هذا الاضطراب الانفصال عن الواقع والابتعاد عن التفكير المنطقي والواقعي . ويختلف اضطراب الفصام عن التعبير الشائع «انفصام الشخصية أو تعدد الشخصية» (Multiple personality) والذي يتمثل في تعدد الشخصيات التي يعيش بها الإنسان ويمارس صفاتها وسلوكياتها . وهذا الاضطراب نوع من الإضطرابات الإيحائية التفككية والتي يكثر الحديث عنها في الروايات والأفلام السينمائية ، وهي نادرة

بشكل عام وازدادت حالاتها مؤخراً في الولايات المتحدة . وهي تختلف تماماً عن مرض الفصام .

والفصام يرتبط «بالجنون» وهو تعبير واسع الانتشار ويحمل معنى الإهانة والتحقير، بالإضافة إلى معاني العزل والإبعاد وزوال العقل . وهو تهمة وعار وخطر . والجنون بالمعنى العام هو «ذهاب العقل» وهذا المصطلح الشائع غير دقيق من الناحية الطبية حيث نجد أن المصاب باضطراب الفصام يستطيع أن يقوم بالمحاكمة العقلية السليمة وأن يقول أشياء منطقية وصحيحة . ولكن يبدو الاضطراب في جزء من التفكير أو الكلام . والأقرب إلى الصواب أن نقول أن الفصام هو اضطراب عقلي جزئي ، أو فقد جزئي للعقل وليس فقداناً شاملاً. أما في حالات الخرف الشيخي الشديد (Dementia) أو حالات اختلاط الذهن الحادة (Confusional States) الناتجة عن التسمم الكيميائي أو العضوي أو نتيجة الرض الدماغي وصدمات الرأس، أو زيادة أو نقصان مستوى السكر في الدم فإنه يحدث في تلك الحالات اضطراب حاد وتدهور شامل وسريع للقدرات العقلية، ويشمل التفكير والذاكرة والانتباه والتوجه الصحيح في الزمان والمكان .

وهذا بالطبع لايحدث في حالات الفصام على عكس ما يتصوره كثير من الناس من أن المريض بالفصام لايميز بين «ملعقة الشاي وقلم الكتابة» .

والحقيقة أن القدرات العقلية المجردة المرتبطة بالذكاء مثل القدرة على تمييز المتشابهات والتفريق بين المختلفات والقدرات العددية الحسابية والذاكرة ومعرفة الزمان والمكان، لايصيبها الاضطراب أو التدهور بشكل عام .

وقد عرف الفصام منذ العصور القديمة من حيث أعراضه والسلوكيات غير المنطقية المرتبطة به وكتب عنه الأطباء والأدباء والفلاسفة . وهناك تراث إنساني كبيرومتناقض يتعلق بالجنون وأبعاده وتفسيرات أسبابه ، إضافة إلى طرق العلاج العديدة والغريبة هنا . ومثل ذلك شخصية «توم الفقير» في مسرحية «الملك لير» لشكسبير ، والذي كان ينطق بالحكمة على الرغم من كلامه الغامض المبهم وتصرفاته الغريبة . وفي المثل الشائع «خذوا الحكمة من أفواه المجانين!!» . ولم يبدأ الاهتمام العلمي بهذا الاضطراب إلا منذ حوالي ١٠٠ إلى ١٥٠ سنة حيث ترافق ذلك مع التطور العلمي في مجال الطب ومع ظهور شخصيات مهمة في تاريخ الطب النفسي حاولت تحسين ظروف المرضى العقليين وتوجيه الاهتمام إلى البحث العلمي والإنسانية في ميدان اضطراب النفس والعقل . ولابد من من الإشارة أن بذور التفكير العلمي والمواقف الإنسانية من الاضطراب العقلي نجدها بأشكال مختلفة عبر التاريخ منذ قدماء المصريين وأطباء اليونان وأعلامهم مثل «أبو قراط» و«جالينوس» مروراً بأطباء المسلمين وحضارتهم

وإنشائهم أول مشفى نفسي (بيمارستان) في العصر العباسي في بغداد . وقد عرفت الشعوب أشكالاً مفجعة من تعذيب المرضى وضربهم بالسياط وربطهم بالسلاسل لإخراج الأرواح الشريرة من أجسامهم لأنها هي التي تسبب الأعراض المرضية الغريبة . .

وبعض العلاجات تعتمد على تجويع المريض وحرمانه من الطعام والشراب، ومنعه من ضياء الشمس، إضافة إلى الحمامات الباردة والساخنة وغير ذلك كثير . . كما أن عزل المرضى وبناء الأسوار العالية حولهم في مأوى خاص . . ملاحظة متكررة عبر التاريخ وعند مختلف الشعوب .

وتقوم عملية الإبعاد هذه بوظيفة الحفاظ على العقل الجماعي والرضا عن واقع الجماعة، ومن يخرج عن ذلك يبعد خارجاً إتقاءً لشره وحفاظاً على العقل السائد .

أدى ذلك بالطبع إلى المزيد من الأوهام والمعتقدات حول الجنون والاضطرابات النفسية الشديدة العقلية مما ساهم في تأخر البحث العلمي وتأخر تطوير الأساليب المفيدة لفهم العقل البشري في حالة اضطرابه وسوائه . ولدينا اليوم تطورات هامة في مجال الطب النفسي وفي فهمنا لمرضى الفصام وعلاجه وسيأتي ذكر ذلك لاحقاً .

(أعراض الفصام):

تتنوع الأعراض المرضية في حالات الفصام . . وهي :

١ - الهذيانات (Delusions) : وهي تعني وجود فكرة غير منطقية وغير واقعية يقتنع بها المريض ، ويفسر بها الأحاسيس والتجارب التي يمر بها ، ويتصرف بناءً عليها ، وهو يعتقد أنها صحيحة تماماً مع أنها خاطئة وغير مقنعة . وبعض الأطباء يسمي ذلك «ضلالات» وهو مصطلح ديني أساساً ولايعطي المطلوب من حيث أن الفكرة غير منطقية وغير واقعية وليس لها أية علاقة بالبعد الديني (الضلال والهدى) .

ومن أمثلة ذلك هذيان الاضطهاد (Persecutory) والملاحقة والمراقبة والتجسس ، وهي واسعة الانتشار ، حيث يشعر المريض بأن مؤامرة تحاك ضده لإيذائه ، وأن بعض الناس يراقبونه ويتابعون تحركاته بأشكال خفية وغامضة أو بأشكال واضحة ، وأن أحداً يريد أن يسممه من خلال طعامه أو شرابه وغير ذلك . وبعض هذه الهذيانات ليس غريباً أو صعب التصديق مثل «إن رجال الشرطة يراقبون الشخص» ، وكثير منها غريب ويسهل التعرف إلى كونه مستحيلاً . وهناك هذيانات الإشارة (Reference) وفيها يعتقد المريض أنه الآخرين يشيرون إليه بكلامهم وأنه مقصود بضحكاتهم وأقوالهم ولو من بعيد ،

وأيضاً من خلال الأحداث التلفزيونية والمسلسلات والأخبار في الصحف والمجلات والكتب وغيرها وأن كلمة معينة أو مقطعاً خاصاً موجهاً إليه بالتحديد .

وهناك هذيانات التأثير والسيطرة (Influence, control) والسلبية (Passivity) . وتوصف بأنها غريبة جداً مثل سحب أفكار المريض (Thought withdrawal) من رأسه وهروبها بتأثير كهربائي أو مغناطيسي أو غير ذلك . ومنها وضع الأفكار في رأس المريض (Thought insertion) دون إرادته ، ومنها السيطرة على الجسم أو أحد أعضاء الجسم (Somatic Passivity) .

وأيضاً إذاعة الأفكار (Thought Broadcasting) حيث يعتقد المريض أن ما يفكر به ينتقل إلى الآخرين وأنهم يعرفون ما يفكر به دون إرادته وغصباً عنه .

وأيضاً أن أفعاله ومشاعره أو بعضاً منها هي غريبة عنه ومصنوعة أو متأثرة بتأثير جهات خارجة عن ذاته (Made experience) .

وهناك هذيانات دينية متنوعة (Religous) كأن يعتقد المريض أنه «المسيح المنقذ» أو أنه «رسول من الله» أو أنه «إله» وغير ذلك . .

وهناك الهذيانات الجسمية (Somatic) وتأخذ أشكالاً غريبة تتعلق بجسم المريض وأنه قد تغير في وظيفته أو شكله، مثل أن «هناك جهازاً في بطنه يؤثر عليه» أو «أن أصابعه قد تغيرت وأصبحت خشبية» وأن «القلب قد توقف وأن الهواء يجري داخله» وأن «شخصاً أخرج أمعاءه وأبدلها دون جرح» وغير ذلك .

٢- الهلاوس (Hallucinations) :أو الأهلاس هي تجارب حسية تتعلق بالحواس الخمسة السمع والبصر والشم والذوق واللمس، دون وجود مثير خارجي أو إحساس يمكن للآخرين أن يشعروا به . وأكثرها انتشاراً الهلاوس السمعية وتعني سماع الشخص لأصوات وكلمات دون وجودها في الواقع، وتتنوع مضامينها وهي ذات قيمة تشخيصية خاصة لاسيما إذا أخذت شكل الأصوات التي تتحدث عن المريض والإشارة إليه بـ (هو أو هي) كأن تقول الأصوات «إنه شاذ جنسياً» أو أنه «إنسان مزعج وحقير» . وغير ذلك من الإهانات والسباب والشتائم . وأيضاً هناك الأصوات التي تعلق على أفعال المريض وأفكاره (Running Commentary) ويسمع المريض فيها كلمات تنتقد تصرفاته أو تعطيه أوامراً بأن يذهب إلى الغرفة الأخرى أو يتوقف وغير ذلك .

وأما الأصوات التي يسمعها الإنسان العادي مثل أن يسمع إسمه وكأن شخصاً يناديه، أو يسمع أشياء متنوعة عندما يذهب إلى النوم أو مباشرة بعد أن يصحو فهي لاتعتبر مرضية بشكل عام.

٣- اضطرابات الكلام (Speech disturbances) : وهي تظهر بالإجابات غير المرتبطة مع السؤال وتفكك الجمل والترابطات (Loss of Association) وذلك في الحديث عن موضوع معين. وأيضاً الخروج عن الهدف وعدم الوصول إليه أثناء الكلام (Derailment) . وبعد الحوار مع المريض والاستماع إلى عينة من كلامه يجد الفاحص صعوبة في فهم ما قاله المريض وكلما استوضح مسألة كانت النتيجة أكثر غموضاً ، وهذا ما يعكس عدم الوضوح وعدم الترابط والتفكك في إنتاج الأفكار وتوصيلها للآخرين .

ومن اضطرابات الكلام الأخرى اختراع الكلمات الجديدة (Neologism) ، وانقطاع التفكير (Thought Block) ، وتكرار الكلام بشكل غير مناسب (Perseveration) ، وترجيع الكلام وتقليد ما يقوله الآخرون (Echolalia)، والصمت(Muteness).

٤- اضطرابات الانفعالات والمزاج (Emotins , Affects) :
يحدث في الفصام تغيرات في الانفعالات والمزاج ومنها تبلد وتسطح الانفعالات (Flat affect) حيث تصبح تعابير الوجه غير معبرة وجامدة وأيضاً فارغة من أي مضمون انفعالي محدد. ويبدو ذلك في لغة الجسم التعبيرية مثل الحركان ونبرة الصوت التي تصبح فقيرة انفعالياً . وأيضاً نقص كثافة رد الفعل الانفعالي.

ونجد أيضاً أن الانفعالات غير مناسبة (Inappropriate affect) مثل الضحك والتبسم أو التكشير المضحك في غياب المثير المناسب، أو في مواقف تتطلب الحزن مثل الحديث عن الموت والوفاة .

ويمكن أيضاً أن يحدث حالات اكتئابية وحزن إضافة لمشاعر القلق والخوف والغضب .

٥- اضطرابات الحركة والسلوك (Motor , Behavioural) :
ومنها الحركة الزائدة وعدم الاستقرار في المكان (Restlessness) ، والمشي ذهاباً وإياباً دون هدف واضح (Pacing) وأيضاً هز الجسم (Rocking) أو هز الأرجل أو اليدين. وأيضاً السلوك الجمودي التخشبي (Catatonic) وهو يعني قلة الحركة عموماً ونقص الحركات التلقائية وإتخاذ وضعيات للجسم غريبة ولفترات طويلة (Posturing) .

وأيضاً السلبية (Negativisim) وهي مقاومة الأوامر الحركية ومعاكستها. والمرونة الشمعية (Waxy flexibility) وهي ازدياد الشد في العضلات مع إمكانية تعديل وضعيات العضلات وشكلها، والحركات التكرارية دون هدف (Sterotypy) في العيون أو الأصابع أو الفم وغيرها. وأيضاً الحركات التي تبدو ذات هدف ولكن أداءها يتم بطريقة مبالغة وغريبة ونمطية لاداعي لها (Mannerism). وأيضاً رجع وتقليد الحركة أو حركات الآخرين بشكل غير مناسب وتكراري (Echopraxia). ويمكن أن يحدث هياج حركي (Agitation) وعنف وتكسير.

ومن الاضطرابات السلوكية الانسحاب الاجتماعي والعزلة (Withdrawal). وفقدان المثابرة والطموح والحيوية وعدم الفاعلية (Avolition) والبقاء ساعات طويلة في الفراش أو المنزل دون أداء أي عمل وفقدان الاهتمام بالنشاطات الاعتيادية. وأيضاً التصرفات الطفولية المتنوعة والتصرفات الحمقاء. وعدم الاهتمام بالصحة الجسدية والمظهر حيث يبدو المريض متسخاً ومهملاً مظهره وهندامه أو أنه يلبس ثياباً غير مناسبة أو غريبة. ومن المرضى من يصبح من المتشردين ويعبث بالقمامة أو يبتعد عن الناس ويذهب إلى البراري والجبال.

٦- **أعراض أخرى متنوعة :** عدم التبصر (Lack of insight) ويعني أن المريض لايعتبر نفسه مريضاً - التفكير الذاتي الغريب

(Autistic thinking)- نقص الإنتباه والاستغراق في عالم ذاتي خاص ، وأيضاً ضعف القدرة على الانتباه المركز - ضعف القدرة على تغيير نمط الاستجابة - ضعف التوازن الحركي في المشي وغيره - نقص الشم عند الذكور - اختلاط التمييز بين اليمين واليسار أحياناً - بطء ردود الفعل - ضعف القدرة على التجريد وازدياد التفكير العياني المحسوس- تشوه الأذن الخارجية - بعد أو قرب موقع العينين في الوجه - ارتفاع القوس الحنكية (الحنك عالي القوس) (High Arched Palate)- ضعف المتابعة السلسة لحركة العين (Smooth pursuit eye movements) - اضطراب في تثبيت النظر (Visual Fixation) - التحديق (Starring) - تجنب النظر في العيون (Avoid eye contact) - نقص رفيف العيون أو زيادته أو نوبات اشتدادية من الرفيف (Paroxysmal bouts of rapid blinking) - غياب المنعكس العيني الاعتيادي وهو عدم إطباق العينين بعد التنبيه المتكرر للجبين (غلابيير) (Glaebller Reflex) والذي يمكن أن يظهر في بداية الفصام أحياناً - شرب كميات كبيرة من الماء لدرجة التسمم (Water intoxication) .

(التشخيص) :

اختلف العلماء في تحديد مرض الفصام والأعراض الخاصة به وقد بدأ ذلك منذ د. كريبلين (Kreplin) عام (١٨٩٣) في ألمانيا

والذي اعتبر أن ما يميز الفصام عن الاضطرابات النفسية الشديدة الأخرى هو سيره المزمن وتدهور أداء المريض العملي . بينما أكد د. بلوير (Bleuler) في سويسرا عام (١٩١١) على أهمية الأعراض الحالية في التشخيص وعلى توسيع مفهوم الفصام وأطلق مصطلح الفصام بلغة الجمع أي أن هناك فصامات وليس فصاماً واحداً .

بينما أكد د. شنايدر (Schneider) ١٩٥٩ على أهمية بعض الأعراض الخاصة في تشخيص الفصام والتي تعرف بإسم الأعراض من الدرجة الأولى (First rank symptoms) . وقد شاع تشخيص الفصام في الولايات المتحدة والاتحاد السوفيتي سابقاً مقارنة مع الدول الأوروبية الأخرى بسبب استعمال معيار مخفف للتشخيص .

وساهمت التناقضات في التشخيص واختلاف المدارس العلمية حول عناصر التشخيص إلى قيام جهود عالمية للحد من الخلاف ومحاولة الاتفاق وتقريب وجهات النظر بين عدد من النظريات ، مما أدى إلى ظهور التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية وتعديلاته المختلفة من قبل منظمة الصحة العالمية ، وآخرها التصنيف الدولي العاشر(١٩٩٢) . وساهمت الدراسات والجهود الأمريكية في هذا المجال منذ عام ١٩٨٠ بظهور الدليل الأمريكي الثالث للاضطرابات النفسية ومن ثم تعديله وظهور

آخر دليل وهو الدليل الرابع (١٩٩٤) (DSM IV) . والذي تأثر به التصنيف العالمي بشكل واضح وهو يضيق مفهوم الفصام ويحاول أن يصنف تحت «الفصام» مجموعة أكثر تجانساً وتحديداً من المرضى . ولابد من التأكيد على أن تشخيص الفصام يحتاج إلى خبرة وتدريب واطلاع كاف . ولابد من تفريقه عن الاضطرابات النفسية الشديدة الأخرى أو الاضطرابات الذهانية والتي يجمع بينها ظهور أعراض ذهانية شديدة مثل الهذيانات والأهلاس واضطراب الكلام والسلوك والانفعالات واضطراب الحس الواقعي وحدود الذات .

وهذه الاضطرابات الذهانية تشمل مايلي :

١ - الاضطراب ذو الشكل الفصامي(Schizophreniform disorder) وأعراضه تشبه الفصام ولكنها أقصر مدة ، وتستمر من شهر إلى ٦أشهر ، ولايحدث فيه تدهور في الشخصية وفي الأداء العملي والاجتماعي .

٢ - اضطراب الفصام المزاجي (Schizoaffective) : وهو يعني وجود أعراض الفصام مع أعراض انفعالية مزاجية (اكتئاب أو هوس) تسبقها أو تليها ، وأن تكون الأعراض الفصامية لمدة أسبوعين على الأقل دون أعراض مزاجية كافية .

٣- الاضطراب الهذياني (Delusional disorder) : ويعني وجود هذيانات لمدة شهر على الأقل وهي هذيانات غير غريبة

ولايرافقها تدهور في الأداء العملي كما أن الهلاوس فيها نادرة .

٤- الاضطراب الذهاني المشترك (Shared psychotic disorder) وهو يعني ظهور هذيانات عند شخص تابع وسلبي من خلال معايشته لمريض آخر لديه نفس الذهان .

٥- الاضطراب الذهاني العابر أو قصير الأمد (Brief psychotic disorder) وهو يستمر من يوم واحد إلى شهر على الأكثر ويعود المريض بعدها إلى حالته الاعتيادية .

٦- الاضطرابات الذهانية الناتجة عن حالات طبية مرضية : مثل الذهان الناتج عن الخرف أو ورم دماغي أو تسمم معين أو إلتهاب الدماغ وغير ذلك .

٧- الاضطرابات الذهانية الناتجة عن سوء استعمال أو إدمان مادة إدمانية أو دوائية .

٨- الاضطرابات المزاجية (Mood disorders) : وهي اضطرابات الاكتئاب الذهاني (psychotic Depression) والهوس (Mania) والحالات المزاجية المختلطة (Mixed Affective states) .

٩- الاضطرابات الذهانية غير المحددة . (انظر إلى الفصول التالية في الكتاب (٢-٣-٤-٥-٦-٧) للمزيد من التفاصيل حول بعض هذه الاضطرابات الذهانية) .

وتبين إحدى الدراسات أن الأعراض الأكثر انتشاراً في حالات الفصام هي على الشكل التالي :

- عدم التبصر بالمرض ٩٤٪ - تبلد المشاعر والانفعالات ٨٢٪- الانسحاب الاجتماعي ٧٩٪- الهذيانات ٧٣٪ - التفكير الذاتي الغريب ٧٢٪- عدم الاهتمام بالمظهر وسوء الهندام ٦٧٪ - فقدان الحيوية وعدم الفاعلية ٦٥٪- هلاوس سمعية ٦٤٪- عدم ترابط الكلام ٥٨٪- الشك ٥١٪- انقطاع التفكير ٤٤٪ - السلوك النمطي ٤٣٪ .

ويعتمد تشخيص الفصام وفقاً للدليل الأمريكي الرابع (١٩٩٤) على وجود عدد من الأعراض المرضية الوصفية تعتبر المعيار الأول للتشخيص . وهذه الأعراض تستمر لمدة شهر على الأقل وأيضاً يجب وجود علامات أخرى تدل على المرض تستمر لمدة ستة أشهر أخرى وهذا هو المعيار الثاني . والمعيار الثالث أن هذه الأعراض والعلامات يجب أن تسبب تدهوراً واضحاً في الأداء المهني أو الاجتماعي للمريض مثل العمل والدراسة ورعاية الذات . والمعيار الرابع يعتمد على نفي وجود أعراض الفصام المزاجي واضطرابات المزاج . وأما المعيار الخامس فهو نفي وجود حالات طبية معروفة أو إدمانية تسبب الأعراض المذكورة . والمعيار السادس والأخير هو نفي وجود الاضطراب التوحدي في حالات الأطفال أو الاضطرابات المشابهة وفي حال وجودها

يشترط لتشخيص الفصام وجود هذيانات أو هلاوس متكررة ولمدة شهر على الأقل .

والحقيقة أنه لايوجد عرض واضح يشخص الفصام وإنما هناك مجموعة من الأعراض المشتركة . . كما أنه لايوجد اختبار أكيد للتشخيص .

ويمكن تشبيه عملية التشخيص هذه بعملية جمع «قطع المتاهة المتفرقة» ووضعها معاً . والأعراض الأساسية تشمل الهذيانات وهي اضطراب في التفكير الاستدلالي (Inferrntial)، والهلاوس والكلام غير المترابط وهي اضطرابات في تنظيم الاحساس وفي اللغة والتواصل ، إضافة للسلوك المضطرب والجمود وهو اضطراب في القدرة على مراقبة السلوك وتنظيمه .

وهذه الأعراض السابقة يمكن وصفها بأنها أعراض إيجابية أي ناتجة وفاعلة وحيوية (Positive symptoms). وهناك مجموعة أخرى من الأعراض السلبية (Negative symptoms) التي تعكس فقدان الوظائف الطبيعية مثل نقص التعبير الانفعالي وتسطح الانفعالات وجمودها ، وأيضاً نقص إنتاج الأفكار والكلام إضافة لنقص إبتداء السلوك الهادف (Avolition) .

وهذا التقسيم للأعراض «سلبية وإيجابية» له فوائد في

التعرف على طبيعة المرض وأسبابه والأليات التي تتحكم بظهوره وتطوره.

وتحديد هذه المعايير التشخصية للفصام يكون على الشكل التالي :

(أولاً) : الأعـراض الوصـفيـة : وجـود أثنين على الأقل من الأعـراض التـالية مـوجـودة بشكل واضح لمدة شـهـر واحـد على الأقل : ١- الهذيانات. ٢- الهلاوس. ٣- الكـلام غير المترابط (خـروج عن الموضـوع - تفكك الكـلام . . .). ٤- سلوك غـيـر طبـيعي غـريب بشكل واضح أو سلوك جمـودي. ٥- أعـراض سلبية (تسطح انفعالات ، عدم الفاعلية . .).

ملاحظة : يكفي عرض واحد مما سبق إذا كان الهذيان غريباً ، أو إذا تضـمنت الهـلاوس صـوتاً يعلق على سلوك المريض أو أفكاره ، أو أن هناك صوتين أو أكثر يتحدثون عن المريض .

(ثانياً) : المدة : أعراض المرض مستمرة من شهر إلى ستة أشهر على الأقل ، وتضم أعـراضـاً من الأعـراض المذكـورة في (أولاً) وأيضاً أعراض منذرة على المرض أو أعراض متبقية خفيفة مثل (أفكار غريبة شاذة وتجارب حواسيه غير اعتيادية . . .) .

(ثالثاً) : الأداء الاجتماعي والمهني : بعد ظهور الأعراض المرضية يجب أن يكون هناك تدهورواضح في إحدى دوائر النشـاطات

مثل العمل - الدراسة - العلاقات الاجتماعية - العناية بالجسم والمظهر ، مقارنة مع ما قبل ظهور المرض .

(رابعاً) : نفي وجود أعراض الفصام المزاجي وأعراض اضطرابات المزاج الاكتئابية والهوسية .

(خامساً) : نفي وجود حالات طبية أو إدمانية تسبب الأعراض المرضية المذكورة .

(سادساً) : في حالات الأطفال لايشخص الفصام في حال وجود أعراض الاضطراب التوحدي واضطرابات الطفولة الشديدة إلا إذا ظهرت أعراض هذيانات واضحة أو هلاوس متكررة لمدة شهر على الأقل .

والحقيقة أن المعلومات المتوفرة عن المريض لاتكون كافية لوضع التشخيص الأكيد ويمكن أن يكون التشخيص مبدئياً إلى أن تتوفر معلومات أكثر من خلال فحص المريض ثانية أو ثالثة أو من خلال معلومات إضافية من المريض أو ذوويه .

والأعراض المرضية التي نجدها في حالات الفصام متغيرة ومتنوعة ويمكن أن تختلف الصورة مع مرور الوقت وسير المرض، وأن تتغير من خلال تناول العلاجات المختلفة . ولابد من تبني موقف الحذر والتريث قبل إطلاق التشخيص لما يترتب عليه من احتمالات سلبية .

والفصام له عدد من الأشكال الرئيسية وفقاً للأعراض الأساسية المهيمنة على الصورة المرضية وهي تقسم حالياً إلى خمسة أشكال :

١ - الفصام الزوري (Paraniod schizophrenia) : أو الفصام الهذياني ، ويتميز بوجود الهذيانات والهلاوس بشكل واضح مقارنة مع الأعراض الأخرى .

وهو يبدأ في سن متأخرة بالنسبة للأنواع الأخرى كما أنه أحسن إنذاراً بشكل عام من حيث تطور المرض والإعاقة المهنية والاجتماعية ، والتكيف العام للمريض أفضل قبل ظهور المرض عليه . والعوامل الوراثية أكثر وضوحاً مقارنة مع الفصام الشبابي . وكثير من هؤلاء المرضى يتزوجون ويعملون أو يستطيعون الاستقلال بأنفسهم .

٢- الفصام التفككي (الشبابي) (Disorganized) : وهو يبدأ في سن مبكرة ويتميز بعدم ترابط الكلام وتفككه ، وتسطح الانفعالات وعدم مناسبتها مثل «التبسم والضحك دون سبب» وأيضاً بالتصرفات الطفولية والغريبة ومنها «إطالة النظر في المرآة » وهو أسوأ إنذاراً من بقية الأنواع .

٣- الفصام الجمودي(Catatonic) : وهو يتميز بوجود عرضين على الأقل مما يلي : نقص الحركة التلقائية والجمود - السلبية

ومقاومة تنفيذ التعليمات المطلوبة ، الصمت الكامل ، إتخاذ وضعيات غريبة جسمية ومعاكسة تغيير ذلك ، ترجيع الكلمات وإعادتها ، ترجيع الحركات وإعادتها - غرابة السلوك الحركي : مثل إتخاذ وضعيات للجسم وأجزائه بشكل غريب ولفترات طويلة (دقائق - ساعات)، السلوك النمطي التكراري ، الحركات التكرارية دون هدف .

وهذه الحالات أصبحت أقل انتشاراً في العصر الحديث مقارنة مع ما قبل ٤٠ عاماً . . وهي لاتزال شائعة في الدول النامية مقارنة مع الدول المتقدمة .

وتفسيرات ذلك عديدة ومنها العلاج المبكر الناجح للفصام والذي تم اكتشافه في الخمسينيات من هذا القرن والذي يمنع تطور المرض إلى هذه الحالات الجمودية . ومنها أن هذه الحالات الجمودية لها علاقة بالحالة البدنية والصحية العامة للمريض وأن الالتهابات المتعددة أو سوء التغذية له دور في ظهورها .

ومما لاشك فيه أن تأخير علاج حالات الفصام بالعلاجات المضادة للذهان المناسبة ظاهرة أكيدة في الدول النامية وفي بلادنا ، حيث يتأخر التشخيص ويتعرض المريض لأنواع غريبة من العلاجات الشعبية الشائعة غير المفيدة . كما أن العوامل العضوية العامة من حيث سوء التغذية والأمراض

الجسمية الصحية لا تزال شائعة في بلادنا ولاسيما في الأرياف وخارج المدن الكبرى .

والحقيقة أنه لاتوجد تفسيرات أكيدة لقلة انتشار هذا النوع من أنواع الفصام في العصر الحديث . .

ومن الناحية العيادية يتطلب ظهور الأعراض الجمودية نفي وجود اضطرابات عضوية طبية ، مثل الورم الدماغي والالتهاب الفيروسي وغيرها ، من خلال الفحص الجسمي والتحاليل الأساسية إضافة إلى نفي تأثيرات المواد الإدمانية والتسممات المختلفة . . ويمكن استعمال حقنة «أميتال صوديوم» (Amytal) أو أحد المهدئات الأخرى (ڤاليوم) التي يمكن أن تفيد في تفريق حالة الفصام الجمودي عن الحالات الجمودية العضوية . . حيث يتكلم المريض ويتجاوب في الحالات الأولى ، بينما يصبح أكثر نعاساً واختلاطاً وينام سريعاً في الحالات العضوية .

ومن المهم أيضاً الإشارة إلى أن الحالات الجمودية تحدث في حالات الاكتئاب وحالات اضطرابات المزاج الأخرى (الهوس والحالات المختلطة) ، ومايوضح التشخيص التفريقي بينهما جملة الأعراض المرافقة الأخرى (أنظر إلى التشخيص التفريقي للفصام في نفس الفصل للمزيد من الإيضاح) .

٤- الفصام غير المميز (Undiffirentiated) وهو أكثر الأنواع شيوعاً في الممارسة العيادية، وفيه أعراض متنوعة مثل الهذيانات والهلاوس واضطرابات الكلام والسلوك والانفعالات، دون سيطرة واضحة لبعض الأعراض على غيرها مما يجعل الصورة المرضية صعبة التصنيف في إحدى الأنواع الثلاثة السابقة الذكر .

٥- الفصام المتبقي (Residual) : وهو أحد الأشكال التي تغيب عنها الأعراض الذهانية الأساسية عند إجراء الفحص النفسي ولكن تبقى بعض المظاهر المرضية التي تدل على الفصام مثل الأعراض السلبية كالانسحاب وعدم الفاعلية ونقص إنتاج الأفكار والكلام ونقص التعبير الانفعالي إضافة لغرابة طرق التفكير كالتفكير الخيالي والسحري «الحاسة السادسة وغيرها» وبعض الظواهر الحواسية «كالهلاوس وخداع النظر» وغير ذلك . .

ومن أنواع الفصام الأخرى التي لاتزال قيد الدرس والبحث ما يسمى الفصام البسيط (Simple) ولايحدث في هذا الاضطراب هذيانات وهلاوس، ولكن يحدث تدهور عام في قدرات الشخصية وفي السلوك . ونجد أن الإنسان قد تغيرت شخصيته وأصبح منسحباً منعزلاً فاقد الاهتمام بأموره اليومية الاعتيادية وأصبح كلامه أقل من المعتاد إضافة إلى تسطح

انفعالاته . وهذه الأعراض تشبه اضطراب الشخصية المسماة بالشخصية الفصامية (Schizoid) أو الشخصية شبه الفصامية (Szhizotypal) ولكن الاضطراب يكون أوسع وأشد مما يستدعي تشخيص الفصام وليس اضطراب شخصية . .

وهناك أنواع أخرى من الفصام غير متفق عليها وقل استخدام تسمياتها مثل «الفصام الكامن» و «الفصام العصابي» . وأما ما كان يسمى «بالفصام الحاد» فهو يسمى اليوم «الاضطراب ذو الشكل الفصامي» (Schizophreniform) أو أنه يشخص«فصام انفعالي» إذا وجدت فيه أعراض مزاجية واضحة أو يشخص على أنه «اضطراب ذهاني قصير الأمد» . .

والحقيقة أن جميع أنواع الفصام وأعراضها الخاصة يمكن أن لاتكون ثابتة ومتكررة خلال سير المرض ، حيث تتغير صورة الأعراض الرئيسية . . وربما يكون الفصام الزوري أكثرها ثباتاً مع مرور الوقت .

(التشخيص التفريقي للفصام) :

يجب تفريق الفصام عن الاضطرابات الذهانية الناتجة عن حالة طبية عامة وذلك من خلال القصة المرضية وتطور الأعراض أو الفحص الطبي الجسمي أو الفحصوات المخبرية والشعاعية . . حيث أن بعض الأمراض الطبية يمكن أن تعطي صورة مشابهة

للفصام مثل «الورم الدماغي في الفص الجبهي» أو في موقع آخر من الدماغ ، وأيضاً «إلتهاب الدماغ الڤيروسي» وغير ذلك .

وأيضاً يجب تفريق الفصام عن الحالات الذهانية الناتجة عن استعمال المواد الإدمانية بشكل مؤقت أو بشكل مزمن مثل استعمال «الأمفتامين المنشط» و «الكوكائين» و«الفينيسكليدين» و «الحشيش» . . وعادة يُتابع المريض حوالي أربعة أسابيع مع ضمان عدم استعمال أي مخدر ، ويلاحظ مدى زوال الأعراض المرضية أو ثباتها ، حيث أن جميع المواد الإدمانية تختفي آثارها خلال أيام أو أسابيع بعد توقف تعاطيها .

ومن الملاحظات الهامة أن أعراض الفصام لاتتضمن تغيراً في درجة الوعي العامة ، ولايحدث اضطراباً في التعرف على الأشخاص أو في التوجه في الزمان والمكان على عكس ما تتصوره العامة من أن الفصامي يفقد الإدراك . . ويمكن في حالات الفصام الحادة التي تظهر أعراضها سريعاً أن يحدث درجة من تغيم الوعي واضطراب التوجه في الزمان ولكنه يكون عابراً . وتشير اضطرابات الوعي والتوجه إلى وجود اضطراب عضوي أو حالة تسمم أو إدمان بشكل عام .

ويجب تفريق الفصام عن اضطرابات المزاج مثل الهوس والاكتئاب وكثيراً ما يقع الخلط بينهما . . وإذا حدثت الأعراض الفصامية العامة مع وجود تغيرات واضحة في المزاج يكون

التشخيص «اضطراب مزاجي مع أعراض ذهانية» . أما إذا حدثت الأعراض الفصامية ولمدة أسبوعين على الأقل ثم تلتها الأعراض المزاجية وبشكل واضح فإن التشخيص هو «الفصام المزاجي» . والحقيقة أن الأعراض المزاجية مثل المشاعر الاكتئابية والأعراض الاكتئابية الأخرى تحدث في حالات الفصام ، وكذلك مشاعر النشوة وأعراض الهوس ولكنها تكون خفيفة الشدة أو قصيرة الأمد ولاتصل في درجتها إلى نوبة الاضطراب المزاجي . وأما الأعراض الجمودية فإنها صعبة التفريق في عدد من الأحيان بين الفصام والاضطرابات المزاجية ، ويحتاج توضيح التشخيص إلى استخلاص دقيق للأعراض الإضافية المرافقة وسيرة المرض .

ويفرق الفصام عن «الاضطراب ذو الشكل الفصامي» وذلك من خلال مدة الاضطراب فقط ، حيث أن التشخيص الأخير يمتد من شهر واحد إلى ستة أشهر ، كما أنه لايتطلب تشخيصه وجود تدهور في الأداء العلمي . وأيضاً يفرق الفصام عن «الاضطراب الذهاني قصير الأمد» بالمدة أيضاً حيث لاتتجاوز مدته شهراً واحداً .

وأما تفريق الفصام عن «الاضطراب الهذياني» فإنه يصعب في بعض حالات الفصام الزوري . ويكون التفريق من خلال كون الهذيانات في الاضطراب الهذياني غير غريبة أو مستحيلة

التصديق إضافة لغياب أعراض الفصام الأخرى كما أن هذا الأخير نادر الحدوث بشكل عام .

وفي حالات الأطفال يمكن تشخيص الفصام إذا وجدت الأعراض الكافية ، ولايشخص الفصام في حال وجود أعراض «الاضطراب التوحدي» (عدم تطور اللغة أو اضطرابها - العزلة - تصرفات غريبة ذاتية) (Autism) ، وغيره من الاضطربات الشديدة عند الأطفال ، إلا إذا كان هناك هذيانات وهلاوس ولمدة شهر على الأقل .

كما يجب تفريق الفصام عن اضطرابات «فرط النشاط الحركي ونقص الانتباه» عند الأطفال (Hyperkinetic, Attention deficit Disorder) .

ومن المهم تفريق الفصام عن اضطرابات الشخصية عامة مثل «الشخصية الزورية الشكاكة» (Paranoid) «والشخصية الفصامية» (Schizoid) و «الشخصية ذات النمط الفصامي» (Schizotypal) والتي لايحدث فيها تدهور في الأداء المهني أو الاجتماعي ، كما لايوجد فيها أعراض ذهانية واضحة مثل الهذيانات والهلاوس واضطراب السلوك الشديد .

(انتشار الفصام):

تدل الدراسات على وجود اضطراب الفصام في جميع المجتمعات وبنسبة حوالي ١٪ من السكان . . وهناك بعض المناطق الصغيرة في العالم تكون النسبة فيها أعلى من بقية المناطق . . مثل «شمال السويد» و «جمهورية إيرلندا» و«المناطق الكندية الكاثوليكية» ومناطق «التاميل في جنوب الهند» وبعض «المناطق في كرواتيا» .

وهو يقل في بعض المناطق الأخرى مثل قبائل (هو تيرايت) في أمريكا حيث تكون نسبته حوالي ١ر١ بالألف من السكان .

كما يقل الفصام في قبائل (أميش) في الهند وقبائل (أبوريجنال) في تايوان وأيضاً في السود في غانا .

والحقيقة أنه لاتوجد تفسيرات واضحة حول هذه الاختلافات ، وأيضاً حول تشابه النسب العامة للمرض بين مختلف المجتمعات .

وتقوم الدراسات الميدانية الاحصائية بتطبيق معايير دقيقة للتشخيص في مختلف المناطق وتطبيقها على أعداد كبيرة من السكان . . وهذه الدراسات باهظة التكاليف وتتطلب جهوداً كبيرة . . وتحظى النتائج التي توصلت إليها والتي ذكرت فيما سبق بقبول عام في الأوساط العلمية .

(ظهور الفصام وسيره والإنذار) :

يظهر الفصام في مرحلة الشباب بشكل أساسي من عمر ١٦ - ٣٥ سنة . ويمكن له أن يظهر عند الأطفال ابتداءً من سن الخامسة ، ولكنه قليل ونادر قبل مرحلة المراهقة . ويمكن أن يتأخر ظهوره إلى سن ٤٥ - ٥٥سنة أو أكثر ويرتبط عندها بنقص في الحواس مثل الصمم في كثير من الحالات .

ويظهر عند الذكور بشكل مبكر عنه في الإناث بعدة سنوات في المتوسط ، ونجد في عينة من مرضى الفصام أن ظهوره بعد سنة ٣٥سنة كان في ١٧٪ من النساء مقارنة مع ٢٪ من الرجال .

وهذا التأخر في ظهور المرض عند النساء يبدو أنه حقيقة علمية لايمكن تفسيرها بكون المرأة تعيش حياة أكثر إعتماديه على غيرها من الرجل، أو لأنها تتعرض للحماية أكثر . ويمكن أن يفتح ذلك آفاقاً علمية حول فهم طبيعة المرض وأسبابه العضوية كما سيأتي ذكره لاحقاً في الأسباب .

كما يصيب الفصام الرجال أكثر من النساء كما تبين ذلك الدراسات الحديثة حيث نجد أن متوسط النسب هو ١ر١٪ في الرجال و ٩ر١٪ في النساء . ولكن تبقى النسب متقاربة بشكل عام في الدراسات الميدانية ، ولكن في عينات مرضى المستشفيات يكثر في الرجال .

وأما من حيث شكل ظهور المرض فهو يبدأ بشكل حاد وسريع أو يكون تدريجياً . . وهناك عدد من الأعراض والعلامات المبكرة التي يمكن أن توحي بظهور المرض مثل «الانعزال والانسحاب الاجتماعي وعدم الاهتمام بالعمل والمدرسة» .

وأيضاً «تدهور العناية بالجسم والمظهر» إضافة لبعض التصرفات الغريبة ومنها «تجميع أشياء ليس لها قيمة و اندفاعات من الغضب والهياج» . كما «يبدو الكلام غامضاً ويزداد التفكير الخيالي والسحري وأفكار الإشارة» (أنه مقصود بإشارات خاصة من الآخرين وغيرهم) .

ونجد اضطراباً في الشخصية قبل ظهور المرض وبنسبة ٣٥-٥٠٪ من المرضى . وهذه الاضطرابات تأخذ شكل الشخصية الفصامية الانطوائية أو الشخصية شبه الفصامية الغريبة أو الشخصية الزورية الشكاكة وأيضاً الشخصية الوسواسية والشخصية القلقة الاجتنابية . وفي عديد من الحالات لايوجد أي اضطراب واضح في شخصية المريض وصفاته وسلوكه .

وأما من حيث سير المرض وتطوره فإن ذلك يأخذ عدة أشكال . . وأكثرها شيوعاً هو حدوث نوبات متكررة تشتد فيها الأعراض الذهانية ثم يحدث سبات وتحسن ولكن الشفاء غير كامل وتبقى آثار للمرض مما يؤدي إلى تدهور في أداء المريض

الاجتماعي والمهني . والشكل الثاني الشائع هو تطور مستمر للمرض مع تدهور مستمر بطيء وهذا هو الشكل المزمن .

وبعض المرضى تسوء حالته مع الزمن وبعضهم تبقى حالته ثابتة .

وبشكل عام فإن الشفاء التام والعودة إلى مرحلة ما قبل المرض ليس أمراً شائعاً ولاسيما إذا اعتمدنا أساليب التشخيص الحديثة التي تتطلب درجة من الإزمان في التشخيص (٦أشهر على الأقل استمرارية الأعراض المرضية)، و تتطلب أيضاً استبعاد الحالات المزاجية .

وأما بالنسبة لاشتداد المرض وتكرار النوبات فإن ذلك يحدث تحت وطأة الضغوط والشدات النفسية التي يتعرض لها المريض، مثل الضغوط الأسرية والنقد المستمر وضغوط الدراسة والعمل والآخرين، وأيضاً الأحداث الطارئة وتغير الظروف وغير ذلك . ومع تقدم المرض تخف الأعراض الإيجابية وتزداد الأعراض السلبية عامة .

وأما من حيث إنذار المرض ونتائجه ونسب الشفاء فإن حوالي ١٣٪ من الحالات ذات إنذار جيد ، بينما ٤٥٪ منها سيئة الإنذار وحوالي ٤٢٪ متوسطة النتائج . وتعتمد مقاييس التحسن والشفاء على عدة أمور، ومنها تحسن الأعراض المرضية أو

اختفاؤها، ومنها أداء المريض المهني والعقلي وقدرته على العمل، وأيضاً الأداء الاجتماعي والحفاظ على القدرة على التعامل مع الآخرين ومع المجتمع والاعتماد على النفس وغير ذلك من المعايير .

وفي بعض حالات الفصام يحدث توسع في بطينات الدماغ وتدهور في المهارات المرتبطة بالذاكرة والتعلم الجديد والسرعة الحركية، ولكن يبقى الذكاء اللفظي متوسطاً بشكل عام وأعلى من الذكاء العملي .

وتزداد نسبة الانتحار بين الفصاميين وهي حوالي ٥-١٠٪ في الاحصائيات الغربية . وتزداد في الذكور وما قبل سن ٣٠سنة وأيضاً عند من يعيش وحيداً ومن تعرض للاكتئاب سابقاً، وفي حالات السير المزمن للمرض متكرر الانتكاس، وازدياد مستوى الثقافة . كما أن محاولات الانتحار تصل إلى ٣٠٪ . وتصل نسبة الفصاميين بين مجموع المنتحرين إلى ٢ - ٣٪ .

وفي الولايات المتحدة تصل نسبة الفصاميين الذين يحتاجون للعلاج في المشفى إلى ١٨٪ من المرضى. كما أن حوالي ٦٠- ٧٠٪ لايتزوجون أبداً . . بينما تقل هذه النسبة في بلادنا .

ويزداد لدى الفصاميين إدمان الكحول والمواد الإدمانية

الأخرى ، وأيضاً يزداد الاعتماد على التدخين والنيكوتين والذي يخفف من فعالية الأدوية المضادة للذهان .

وأما نسبة ارتكاب الجرائم المتنوعة والعنف فقد اختلفت الدراسات ولكن آخرها يشير إلى أنها تعادل نسب الناس عامة ، وليست أعلى منها .

والمصابون بالفصام يعيشون مدة أطول مقارنة مع مرضى القلب أو السرطان ، ولكن المرض يشكل أعباء عديدة على الفرد نفسه وعلى الأسرة والمجتمع وهو يتسبب في خسارة الإنتاجية ولاسيما أنه مزمن ويصيب الشباب .

وقد بينت بعض النظريات سابقاً أن مرضى الفصام لايصيبهم السرطان وهو يعتبر من الأمراض المناعية ، ولكن تبين خطأ ذلك . وأما إصابتهم بالصرع وأمراض الحساسية والسكري وداء العضلات الوخيم فإن الدراسات لم تؤكد بعد قلة إصابتهم بها . وهناك عدد من الأدلة على قلة إصابة مرضى الفصام بإلتهاب المفاصل الرثواني (Rheumatoid Arthritis) .

وأما العوامل التي ترتبط بإنذار أفضل فهي عديدة . . ومنها التكيف الجيد قبل ظهور المرض – البدء الحاد السريع للأعراض – ظهور المرض في سن متقدمة – النساء أفضل إنذاراً بشكل عام وأيضاً من حيث التجاوب مع العلاج والأداء الاجتماعي –

الزواج - وجود ضغوط نفسية واضحة عند ظهور المرض - وجود أعراض مزاجية مرافقة - قصر فترة الأعراض الإيجابية - قلة الأعراض المتبقية - عدم وجود اضطرابات دماغية تشريحية - الأداء العصبي الطبيعي- القصة العائلية للاضطرابات المزاجية (هوس - اكتئاب) - عدم وجود قصة وراثية فصامية، وغير ذلك .

وقد دلت عدة دراسات على أن إنذار الفصام أفضل في الدول النامية مقارنة مع العالم الصناعي المتطور، ولايوجد تفسير أكيد لذلك وربما يكون نتيجة قبول المريض أكثر في الأسرة والمجتمع . . كما أن متطلبات العمل وضغوطه أقل ، حيث تتوفر كثير من المهن المساعدة التي لاتتطلب دقة وانضباطاً شديداً مثل كثير من الأعمال الحرفية والرعوية والكتابية البسيطة ويعتبر ذلك نوع من التأهيل العفوي لمرضى الفصام في العالم الثالث يساعدهم على المحافظة على أداء بعض الأعمال مما يزيد من تكيفهم وتوازنهم العام .

كما أن «الاضطراب ذو الشكل الفصامي» والذي يأخذ شكلاً حاداً وقصير المدة ، أكثر تشخيصاً في العالم الثالث .

ويبدو أن حوالي ثلث حالات هذا الاضطراب تتكرر بنفس الشكل الحاد والقصير ، بينما تتحول الحالات الأخرى إلى «الفصام» أو إلى «الفصام المزاجي» .

(الأسباب) :

لايزال سبب الفصام واحداً من أهم المشكلات الطبية في العصر الحديث . ولايزال البحث العلمي المزود بإمكانيات مادية وتقنية عالية عاجزاً عن توضيح سبب الفصام وكيفية حدوثه . .

ومنذ حوالي أربعين عاماً ظهر حماس واضح وتفاؤل بإمكانية التعرف على مرض الفصام وعلاجه وذلك بعد اكتشاف الأدوية المضادة للذهان والتي أعطت نتائج باهرة في العلاج .

وقد ساهم هذا الحماس في إغلاق مؤسسات المصحات العقلية المزمنة ، وعلاج المرضى في المجتمع ومحاولة إعادتهم للحياة الطبيعية . وبعد ذلك حدث تقدم كبير في دراسة الدماغ البشري والعلوم العصبية من خلال اكتشاف التقنيات الجديدة مثل التصوير الطبقي للمخ والتصوير بالرنين المغنطيسي وغيره . . وأيضاً تقدم العلم في مجال دراسة المورّثات ومكوناتها ودراسة الكيمياء العصبية والنقل العصبي ،إضافة إلى التقدم في تصنيف الاضطرابات النفسية والدراسات الميدانية الهامة حول الفصام وغيره . . وكل ذلك أدى إلى تراكم معلومات هامة عن مرض الفصام وفتح الطريق أمام إمكانية التعرف على أسبابه . . ولكن المرحلة الحالية لايزال يسودها تفاؤل حذر . . فالنظريات عديدة والنتائج متناقضة ولايزال الغموض يكتنف أسرار الدماغ البشري وأسرار الفصام . والنظريات الحالية لاتكتفي بفكرة واحدة

مبسطة في بنائها بل تعتمد على فرضيات معقدة ومترابطة ، وفيما يلي أهم النظريات الحالية التي تتحدث عن أسباب الفصام . .

١ - العوامل الوراثية (Genetic Factors) : بينت الدراسات العائلية أن نسبة الإصابة بالفصام ترتفع عند أشقاء (وشقيقات) المريض وهي حوالي ١٠٪ . وإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالفصام فإن نسبة إصابة الأبناء ٦٪ . أما إذا كان الأبوان معاً مصابين بالفصام فإن نسبة إصابة الأبناء ترتفع إلى ٤٥٪ .

وفي ذلك دليل واضح على أهمية العوامل الوراثية . . ومما يدعم ذلك بشكل واضح دراسة التوائم الحقيقة وحيدة البويضة (Monozygotic Twins) حيث يشترك التوائم بنفس التكوين الوراثي ، وهنا تكون نسبة إصابة التوأم الحقيقي في حال إصابة أخيه بالفصام حوالي ٤٦٪ ، وأما التوأم غير الحقيقي (Dyzigotic) فالنسبة تكون ١٤٪ . كما أن دراسات التوائم الحقيقية التي رُبيت في بيئات مختلفة منذ الولادة قد بينت ازدياد نسبة الفصام في أقارب الدرجة الأولى وأيضاً ازدياد نسبة الاضطرابات المرتبطة بالفصام والتي تسمى بـ (طيف الاضطراب) (Spectrum disorder) وهي أشكال مخففة منه مثل الشخصية الفصامية والشخصية شبه الفصامية والشخصية الزورية وغير ذلك .

وهذه النتائج ولاسيما أن إصابة التوائم الحقيقية ليست

١٠٠٪ فإن ذلك يعني أن العوامل الوراثية ضرورية ولكنها ليست الوحيدة كما أنها ليست كافية ولابد من عوامل أخرى تتفاعل مع العوامل الوراثية لتحدث اضطراب الفصام . والدراسات الوراثية الحديثة بحثت في عدد من المرّثات (Genes) المريضة وحددت موقعها في الصبغيات (Chromosoms) وبعض النتائج لم يتمكن العلماء من تكرارها . . بينما تكررت الدراسات حول أهمية الصبغي الخامس .

ولدينا حالياً كمية هائلة من النتائج المرتبطة بدراسة المورّثات في حالات الفصام وأسرهم ولايسهل تلخيص ذلك . وهذه الدراسات تسمى دراسات الارتباط (Linkage studies) وتعني دراسة مرضى الفصام وأسرهم من الناحية الوراثية المخبرية ومحاولة التعرف على المواقع المتكررة في تكوين هذه الأسر والتي تمثل موقعاً أكثر احتمالاً من الناحية الإحصائية لوجود المورّثة أو المورّثات المضطربة . والنتائج كما ذكر متناقضة في عدد من المواقع وبعض النقاد يعتبر أن هذه الطريقة لن توصلنا إلى شيء . . ويقترح الآن دراسة المكونات الجينية الوراثية للتوائم ووالديهم في الأسرة التي يتكرر فيها ظهور الفصام وبالتحديد دراسة السلاسل المشتركة للمورثات (Allele sharing) في هؤلاء الأفراد وفي أسر صغيرة ، ومعرفة مدى الارتباطات بين بعض المورّثات ومقارنتها بالوالدين السليمين في العينات بإعتبارهم

عينة ضابطة . وربما تكون مثل هذه الدراسات وعلى نطاق واسع وعبر عدة دول قادرة على الوصول إلى نتائج هامة وحاسمة في هذا الميدان .

والموجودات الحالية تشير إلى عدة مورثات مسؤولة عن الاضطراب في آن واحد أو ما يسمى «الوراثة متعددة المورثات» (Polygenic) وليست «الوراثة وحيدة المورثة» ، ويتماشى هذا بالطبع مع الملاحظة العملية وهي ظهور الفصام عبر الأجيال وتكرار ذلك بالرغم من انخفاض نسبة زواج الفصاميين وقلة إنجابهم للأطفال .

وهذه المورثات المريضة المتعددة ربما تضاف آثارها مجتمعة كي يظهر الفصام ، ووجود بعضها في التركيبة الوراثية للفرد لايكفي لظهور المرض بشكل واضح بل يحتاج إلى وجود مورثات إضافية مضطربة ، أو يحتاج لظروف واضطرابات أخرى خارج نطاق المورثات كي يظهر المرض . . وهذا ما تبينه النظريات التالية . .

٢- العوامل العصبية العضوية (Neurobiological) : تدل الدراسات على وجود نشاط زائد في المستقبلات العصبية لمادة الدوپامين الدماغية (Dopamine Receptors). وهذا ما يؤكده عدد من الملاحظات مثل «فعالية الأدوية المضادةللذهان» والتي تحاصر مستقبلات الدوپامين وتؤدي إلى تحسن الأعراض

الذهانيـة ، كمـا أن مـادة «الأمـفـتـامين» التي تزيد من نقل وتأثيـر الدوپامين تسبب الأعـراض الفـصـاميـة . ونظرية الدوپامين هذه لاتزال هـامـة ومـسـيطرة ولكن هناك عـدد من النتـائج التي لاتدعمها . . ومنها عـدم ازديـاد كثافة مسـتقبلات الـدوپامين في مـرضى الفـصـام غيـر المعـالجين والتي بينتـهـا الدراسـات بواسطة أجـهـزة «التـصـوير المقطعي بواسطة بث الپـوزيتـرون» (Positron Emission tomography). وهذا مع غيره من نتائج الدراسات العـديدة يشير إلى اشتراك نواقل عصبية كيميائية أخرى غير الدوپامين في ظهور الفصام، وأهمها حالياً مستقبلات «النور أدرينـالين » و «السـيروتينين » و«الغـلوتاميت» و «الغابا» (Nor- adrenlaine, Serotenin, Glutamate , G.A.B.A.) .

وقـد أشـارت عـدة دراسـات إلى وجـود تغـيـرات تشـريحيـة عضوية في دماغ بعض مـرض الفصـام . . ومن هذه الموجـودات المتكررة توسع بطينات الدمـاغ – ضـمـور المخيـخ – توسع الشق الدماغي (التلم) (Sulcal) عند الذكـور المصـابين بالفـصـام – وبعض الدراسـات وجدت أن حـوالي ٤٠٪ من مـرضى الفـصـام لديهم موجودات تشريحية غير طبيعية ولكن غير محددة ، وذلك من خلال التصوير الطبقي للدماغ (C.T.Scan) . ويعني ذلك أن جرحاً أو رضاً دماغياً أو نقصاً في الأوكسجين قد حدث لهـؤلاء المرضى في مـرحلة حـاسـمـة من نمو الدمـاغ مما أدى إلى ظهور هذه الموجودات التشريحية .

وتبين دراسات الرنين المغنطيسي (M.R.I.) للدماغ وجود اضطرابات في الفص الصدغي العلوي من الدماغ وفي النوبات القاعدية (Basal ganglia) في حالات الفصام المترافق مع أهلاس سمعية مسيطرة . وأيضاً نقص مساحة الفص الجبهي وكامل الدماغ وهذا يعني أن تطور الدماغ الذي يحدث خلال السنتين الأولى من الحياة قد أصابه اضطراب ما . . وهذا يؤكد على أهمية الرض الدماغي في هذه المرحلة وعسر الولادة والولادة المبكرة وأيضاً أهمية التغذية والتعرض للالتهابات المختلفة ومنها الالتهابات الڤيروسية (الانفلونزا - الدفتريا - التهاب الرئة وغيرها) في المراحل الجينية ما قبل الولادة وبعدها وخلال السنتين الأولى من الحياة .

ومن الملاحظات المثيرة أن مرضى الفصام يكثر تاريخ ميلادهم في فصل الشتاء بمعدل٨٪ أكثرمن فصل الصيف ، والمعروف أن الالتهابات الفيروسية تكثر في فصل الشتاء أيضاً .

وتبين الدراسات التشريحية المرضية لأنسجة الدماغ وجود علامات التلف الخلوي وفقدان الخلايا العصبية (الدباق) (Gliosis) في عدة مناطق من الدماغ ، مما يدعم فكرة الرض الولادي المبكر عند بعض المرضى .

كما تبين الدراسات وجود نقص في نشاط الفص الجبهي من الدماغ ، وفرط نشاط الأقسام الخلفية من الدماغ وهذه من

الملاحظات المتكررة والمرتبطة بوجـود «الأعـراض السلبـيـة» للفصام .

والدراسات الفيزيولوجية العصبية الحديثة بينت نقص تكرار موجات (ألفا) في تخطيط الدماغ الكهربائي وزيادة نشاط موجات (دلتا) . كما أن دراسة الاستجابة المحرّضة (Evoked Response) لنشاط مناطق الدماغ الكهربائي بينت اضطراباً في ظهور «الموجة رقم ٣٠٠». ويعني ذلك نقص الموجات الاستجابية للإثارة السمعية أو البصرية للمثيرات غير المتوقعة . . وهذا ما يمكن تفسيره بأن هناك صعوبة في تصفية (Filtering) وتنظيم استقبال المعلومات الحسية القادمة إلى الدماغ وغير الضرورية . ويؤدي ذلك إلى فيض وإغراق لخلايا الدماغ بالمعلومات والأحاسيس وبالتالي لإجهاد هذه الخلايا وضعف قدرتها على التميز الحسي .

وخلاصة الموجودات العصبية العضوية أن أعراض الفصام الذهانية المتنوعة مرتبطة باضطرابات في المناطق الدماغية الجبهية والصدغية واللمبية (الحوفية- الجهاز الهامشي) (Limbic) . حيث أن إصابة المناطق الجبهية يؤدي إلى اضطرابات الإنتباه وصعوبة التجريد والتفكير العياني الحسي (Concrete) ،وأيضاً إلى صعوبة التصنيف (Categorization) ، إضافة إلى نقص الحيوية وتلقائية الكلام ونقص الحركية الإرادية ونقص الإرادة

عامة مع صعوبة تغيير الإتجاه الذهني واضطراب الانفعالات . . وكل ذلك يمثل ما يسمى «الأعراض السلبية» للفصام .

وأما إصابة المناطق الصدغية اللمبية من الدماغ فإنها تؤدي إلى ظهـــور الأهلاس واضطرابات الكلام وهي جـــزء من «الأعراض الإيجابية» للفصام .

٣- العوامل النفسية والاجتماعية : ظهرت عدة نظريات وفرضيات تحاول إرجاع أسباب الفصام إلى أسباب نفسية وتربوية وبيئية اجتماعية ، وأهم هذه النظريات . . التحليل النفسي الذي يفسر هذيانات الاضطهاد والملاحقة على أنها رغبات جنسية مثلية تحولت من خلال وسائل الدفاع النفسية وأسقطت على الآخرين بسبب رفض هذه الرغبات وكبتها وفقاً للتسلسل التالي : (أنا أحبه ← أنا لا أحبه ← هو يكرهني ويريد أن يؤذيني) .

وأن الهلاوس المتنوعة هي أفكار شخصية لايحتملها الإنسان تطرد من الأنا ويشعر بها المريض خارجة عن ذاته . وأيضاً أن الفصام هو نكوص إلى المرحلة النرجسية البدائية بسبب صعوبات حياتية وإحباطات متنوعة وهذه المرحلة يسودها التفكير الذاتي والخيالي والسلوك الطفولي غير الناضج . كما طرح (سوليڤان) أهمية العلاقة الإيجابية مع الآخر وأن صعوبات التعامل مع الآخرين في الحياة الراشدة تؤدي إلى النكوص

والتراجع إلى مرحلة النرجسية الذاتية الطفولية وخيالاتها ولامنطقيتها . وطرحت (فروم رايشمان) فكرة «الأم المولدة للفصام» حيث تكون الأم باردة انفعالياً وترفض الطفل ، أو أنها ذات عطف وحماية زائدة للطفل ، أو أنها عدوانية بشكل واضح . وهناك أيضاً نظرية «العلاقات المنفصمة داخل الأسرة» والتي يسودها توازن ظاهري فقط ، وفيها تكون الأم مسيطرة والأب ضعيفاً واعتمادياً . وتقول إحدى النظريات بأن الإشارات الغامضة والمتناقضة التي يعيش ضمها الطفل في بيئته المنزلية تؤدي به إلى حالة من «عدم الفعل» لأن التعليمات والأوامر التي يتلقاها «مزدوجة ومتناقضة» . كما طرح (فوكو) المعادي للطب النفسي نظرية العزل الاجتماعي للأفراد المتمردين والمناقضين للأفكار السائدة وأن المجتمع يسميهم فصاميين .

والحقيقة أن الدراسات الدقيقة لكل هذه النظريات السابقة لاتجد لها دليلاً علمياً كافياً على أنها تسبب مرض الفصام . . وأصبحت هذه النظريات تاريخيه وفلسفية وفيها إثارة ومتعة عقلية ويمكن الاستفادة من بعضها مثلاً في رفع معنويات العاملين في المشافي النفسية وتطبيق بعض المفاهيم التحليلية أو غيرها على سلوكيات المرضى الغريبة والمزعجة ومحاولة فهمها نظرياً . ولكن تبقى القيمة العلمية لهذه النظريات ضعيفة . والحقيقة أنه لم يعد يعتقد الآن أن الآباء والأمهات لهم دور أساسي كسبب

للفصام . والموضوع الوحيد الذي أمكن الاستفادة منه وتكرار الأبحاث حوله هو موضوع جو الأسرة التي يعيش فيها المريض من حيث آثار ذلك على سير المرض وانتكاسته وليس على التسبب فيه وإحداثه . . وهذا ما يعرف «بالتعبير الانفعالي» أو (الانفعالات المعبر عنها) (Expressed Emotions) . وتدل الدراسات على أن ازدياد النقد السلبي والملاحظات الانفعالية الغاضبة التي يتعرض لها مريض الفصام في جو أسرته تساهم في انتكاس حالته . ويمكن بالطبع تعديل هذه السلوكيات والتصرفات من قبل الأهل مما يساهم في العلاج . وبعض النقاد أشار إلى أن المريض نفسه بحكم صعوبة مرضه وأعراضه الغريبة يولد عند من حوله اتجاهات نقدية غاضبة وليس العكس . .

وبعض النظريات الاجتماعية تحدثت عن أثر المدينة في حدوث الفصام والفقر والتوترات العصرية الحديثة والضغوط الاجتماعية والثقافية . وحالياً لايعتقد أن هذه الضغوط هي السبب الكافي والضروري لحدوث الفصام وإنما يمكن لها أن تساهم مع عوامل عضوية ووراثية واستعدادات مسبقة للإنسان في ظهور المرض أو زيادة أعراضه وانتكاسته .

والخلاصة أن الأسباب الوراثية العصبية الحيوية يمكن أن تكون كافية وضرورية لحدوث مرض الفصام ولايمنع ذلك من وجود عوامل أخرى مؤثرة وفاعلة .

(العلاج) :

يعتبر العلاج الدوائي حجر الأساس في علاج الفصام . . وقد اكتشف الدواء الأول المضاد للذهان حوالي ١٩٥٢ . ومنذ ذلك الحين حدثت ثورة هامة في علاج الفصام مقارنة مع كل العصور التي سبقت هذا التاريخ . . فالعلاجات القديمة تضمنت عزل المريض وإيوائه في المصح النفسي ومن ثم تقييده وربطه بالسلاسل إذا كان عنيفاً أو إلباسه «قميص التثبيت» الذي يضمن تثبيت اليدين وعدم حركتها . . وأيضاً تضمنت العلاجات الحمامات الباردة والساخنة وتجويع المريض وإعطائه «الخبز دون الملح» وغير ذلك . كما تتضمن العلاجات الشعبية أنواعاً من الضرب والتعذيب لإخراج القوى الشريرة التي تتحكم بعقل المريض وتصرفاته والتي تتحدث إليه أو تسكن جسمه .

ومن اللمحات الإنسانية التاريخية في علاج الفصام الترفيه عن المرضى بشكل جماعي والقيام برحلات للأماكن الطبيعية الجميلة والهادئة والراحة والاستجمام .

وقد أدى استعمال الأدوية المضادة للذهان والتي تطورت أنواعها وأشكالها خلال السنوات الماضية إلى السيطرة على أعراض المرض وتحسين حياة المرضى وذوويهم والتخفيف من المعاناة إلى حد كبير .

كما ساهمت هذه الأدوية إضافة لعوامل اجتماعية أخرى بخروج المرضى من المصحات والمستشفيات مما ساعد على تطوير عدد من الأساليب العلاجية مثل «المشفى النهاري» الذي يقضي فيه المريض ساعات النهار فقط ، وأيضاً تطورت أشكال العلاج ضمن المجتمع بدلاً من عزل المرضى ونشأت المراكز التأهيلية ومراكز الخدمات النفسية الاجتماعية إضافة إلى التجمعات السكنية الخاصة بالمرضى والتي تخضع لدرجة خفيفة من الإشراف الإداري من قبل المؤسسات الصحية والاجتماعية . . كل ذلك حدث في البلدان الصناعية المتطورة . .

والحقيقة أن بعد سنوات عديدة من الحماس الذي رافق نتائج الأدوية المضادة للذهان . . وجدت الدراسات أن هذه الأدوية ليست فعالة بما فيه الكفاية للسيطرة على جميع الأعراض المرضية ومن ثم إعادة المريض للحياة الاعتيادية . . وحدث أن اضطر عدد من المرضى للعودة إلى المصحات والمستشفيات، وبعضهم يدخل المشفى ثم يخرج متحسناً ثم ينتكس ويدخل ثانية على طريقة «الباب الدوار» . وتدل الإحصائيات على أن نسبة ليست قليلة لاتتجاوب مع هذه الأدوية وربما تصل إلى ٣٠٪ من الحالات أو أكثر، مما يستدعى ضرورة تطوير أدوية جديدة أكثر فعالية . كما أن الأدوية المضادة للذهان التقليدية لها بعض الأعراض الجانبية ومنها «النعاس وازدياد الوزن والأعراض العضلية العصبية التشنجية الحادة والمزمنة» .

ومن هذه الأدوية (هالوپيريدول) (Serenase) (وكلورپرومازين)(Largactil) (وثيوريدازين) (Mellaril) (وتريفلوپيرازين)(Stelazine) وأيضاً مركبات (الثيوكسانسين) (Clopixol - Fluanexol) (وسلپرايد) (Dogmatil) وغيرها حوالي ٣٠ مركباً كيميائياً ، وهي جميعها لاتسبب أي نوع من الإدمان أو التعود . وهذه الأدوية منها الحبوب والحقن العضلية والنقط . وتفيد «الحقن العضلية مديدة التأثير» في ضمان أخذ المريض للدواء ، ومنها ما يستعمل مرة في الشهر ، كما أنها تفيد في حالة عدم الاستفادة من الحبوب لأسباب تتعلق بامتصاص الدواء من الجهاز الهضمي لأنها تدخل إلى الدورة الدموية عن الطريق العضلي وليس الهضمي .

والاختيار العام بين هذه الأدوية يتعلق بالأعراض الجانبية للدواء والاستجابة السابقة له، وبعض المرضى يفضل نوعاً معيناً منها لأسباب ذاتية خاصة. وزيادة الجرعات يمكن أن تفيد فقط في التهدئة العامة للمريض والتنويم وليست فعالة تجاه الأعراض الذهانية الأساسية بشكل عام .

ومتوسط الجرعات حوالي ١٠-٢٠ ملغ من (الهالوپيريدول) أو ما يعادلها من المركبات الأخرى . . وزيادة الجرعات تزيد في الآثار الجانبية وأما نقصها فهو يفيد في بعض الحالات ولايفيد في بعضها الآخر ، وفي حال عدم الاستجابة لامانع من زيادة

الجرعات أحياناً أو تغيير الدواء . وأيضاً يمكن استعمال العلاج الكهربائي . ويجب الاستمرار على العلاج لمدة سنة كاملة بعد حدوث النوبة الأولى للمرض ، وبعد تكرار النوبات يجب الاستمرار خمس سنوات . . وفي بعض الحالات يحتاج المريض لعلاج طويل الأمد ومستمر . وبالطبع فإن كل علاج بمضادات الذهان يحتاج لإشراف طبي متخصص ومتابعة مستمرة . وقد بينت الدراسات أن ٧٠٪ من الحالات تنتكس خلال السنة الأولى إذا لم يتابع المريض أخذ الدواء . . بينما ينتكس حوالي ٣٠ - ٤٠٪ على الرغم من تناولهم الدواء . وتدل دراسة حديثة أن ١٤٪ من مرضى الفصام في ولاية «بلتيمور» في الولايات المتحدة الأمريكية لم يتلقوا أي علاج طبي لمرضهم . . وهذا ما يبرز أهمية الوصول إلى المرضى واجتذابهم إلى العلاج الطبي ومن ثم متابعتهم . ولاتوجد إحصائيات في بلادنا عن المرضى «المهملين» دون علاج .

ويبدو أن ما يسمى «العطلة الدوائية» (Drug Holiday) والتي يوصي بها بعض الأطباء لاتفيد في منع حدوث «عسر الحركة المتأخرة» (Tardive Dyskinesia) الناتج عن الاستمرار المديد في تناول الأدوية المضادة للذهان . . بل إن هذه «العطلات» تؤثر على ازدياد معدل الانتكاسات الذهانية .

ويفيد إعطاء المركبات المهدئة من زمرة (البنزوديازيبام)

(BNZ) مثل (الڤاليوم) وغيره إضافة للأدوية المضادة للذهان في حالات التهيج والإثارة وأيضاً في الحالات الجمودية . كما تفيد المركبات المهدئة في علاج القلق وعسر الحركة والتململ (Akathisia) الناتج عن الأدوية المضادة للذهان .

وأما الأدوية المضادة للاكتئاب فهي تفيد في بعض الحالات الاكتئابية المرافقة ولامانع من إعطائها ، ولكن يجب التريث في وصفها في الحالات الحادة لأنها يمكن أن تزيد من الأعراض الذهانية . وإذا كانت مضادات الاكتئاب مفيدة في الأعراض الاكتئابية المرافقة للفصام فإنه من المفيد متابعة استعمالها .

ويفيد دواء (ليثيوم) في حالات السلوك العدواني المتكرر وفرط النشاط والحركة وأيضاً في تغيرات المزاج المرافقة للفصام . وربما يفيد أيضاً (كاربامازپين) (Tegretol) في مثل تلك الحالات ونتائج الدراسات متناقضة حول ذلك .

والعلاج الكهربائي يفيد في حالات الجمود وعدم الاستجابة للعلاجات الدوائية ، وأما في حالات الاكتئاب المرافقة فلايوجد إلا دراسات قليلة وغير دقيقة حول فائدة ذلك .

وأما الجراحة العصبية في حالات الفصام في الحالات الصعبة والمعندة على العلاج فإنها استعملت سابقاً وهي الآن لاتستعمل أو قل استعمالها .

وفي السنوات الأخيرة حدثت قفزات هامة في ميدان الأدوية المضادة للذهان وتم التوصل إلى مركبات جديدة أطلق عليها اسم (المركبات المضادة للذهان غير الوصفية) (Atypical Anti psychotic) وهي تمثل تقدماً هاماً في ميدان علاج الفصام حيث أن بعضها أثبت فعالية واضحة تتفوق على الأدوية المضادة للذهان التقليدية. كما أن بعضها يخلو من الآثار الجانبية المزعجة. ومن هذه الأدوية(كلوزاپين) (Leponex) ومن محاذيره حدوث اضطرابات قد تكون خطرة في الدم. و(ريزپيريدون) (Risperdal) وليست له آثار جانبية، و (أولانزيبين) (Olanzepine) وغير ذلك . وبعض هذه الأدوية أصبحت تستعمل على نطاق واسع وبعضها الآخر لايزال في طور التجريب والدراسة .

والأمل كبير في التوصل إلى أدوية فعالة وغير خطرة خلال السنوات القادمة .

وأما الطرق العلاجية الأخرى غير الدوائية مثل العلاجات النفسية والاجتماعية فهي تتلخص بضرورة وجود رعاية نفسية اجتماعية ومؤسسات متخصصة في ذلك لتقديم الدعم النفسي والمادي إضافة للمأوى والغذاء والتأهيل المهني والاجتماعي وتوفير الرعاية وحل المشكلات اليومية التي يواجهها المرضى وذويهم. . ويفيد العلاج الجماعي في تنمية المهارات

الاجتماعية . . كما يفيد العلاج النفسي الداعم وليس التحليلي في التخفيف من القلق والمعاناة وفي توفير الدعم اللازم والمشورات العملية للمريض . كما يفيد العلاج الأسري الإرشادي الذي يعتمد على تثقيف الأهل بالطبيعة المزمنة لمرض الفصام وأعراضه مما يخفف من قلق الأهل ويساعد على تعديل أساليبهم نحو تقبل المريض أكثر وعدم الإكثار من النقد السلبي والضغوط العامة عليه مما يفيد في التخفيف من الانتكاسات وتكرار النوبات . وحديثاً يجري الاستفادة من مبادىء العلاج المعرفي في تغيير موقف المريض من الهذيانات والأهلاس التي يتعرض لها . وأيضاً استعمال الأساليب السلوكية وعدم الاهتمام بالهلاوس مما يؤدي إلى ضعف تأثيرها على المريض . إضافة إلى الأساليب السلوكية في ضبط السلوك الغريب الشاذ من خلال الثواب والعقاب وغير ذلك . ويمكن أن يتم علاج الفصام من خلال العيادات الخارجية ومن المفيد أحياناً العلاج داخل المشفى لفترات قصيرة . ومن المهم التأكيد على ضرورة إعادة التأهيل وبذل الجهود في هذا الميدان . . وأبسط الأشكال هي حث المريض ومساعدته على العناية بالجسم والشكل وتنظيم الوقت . . والقيام ببعض النشاطات المتدرجة في تعقيدها ومنها أداء بعض الأعمال الحرفية أو غيرها والتي لاتتطلب ضغوطاً شديداً أو تداخلاً كبيراً مع الآخرين .

ملاحظة أخيرة :

لابد من التأكيد في نهاية الحديث عن الفصام على الأوضاع الخاصة في البيئة العربية التي يعيش فيها مرضى الفصام . . والقاعدة العامة هي تدني مستوى الخدمات النفسية والاجتماعية والتأهيلية لهم وعدم وجود تصورات واضحة ومتكاملة لرعايتهم . ولابد من اعتبار هؤلاء المرضى في الخطط التنموية المطروحة بما يكفل لهم الحد الأدنى من الرعاية الطبية .

ولايزال الجهل عاماً بماهية الفصام (طبيعته) (والعديد من الاضطرابات النفسية الأخرى) وطرق العلاج . . ومن الملاحظات اليومية في ممارسة الطب النفسي تأخير عرض هذه الحالات على خدمات الطب النفسي سنوات عديدة . . وتجربة أنواع من العلاجات الشعبية متعددة الاشكال . . وأبسط ما يقال أن في ذلك ضرر كبير لأنه يحرم المريض من علاج نافع وفعال إضافة إلى أن تأخير العلاج له علاقة واضحة في إزمان المرض وازدياد واحتمال عدم استجابته للعلاج .

ومن النقاط الايجابية في مجتمعاتنا تقبل المريض ومرضه على إعتباره «قدراً مقدراً» وتوفر عدد من الأعمال المساندة التي لاتتطلب ضغوطاً شديدة ومهارات خاصة لأدائها مما يساعد في التأهيل العفوي للمريض . . كما أن الترابط الأسري والروح الجماعية والتعاون والتكافل بين الناس لايزال شائعاً في

مجتمعاتنا (مقارنة مع الفردية والعزلة والتفكك في المجتمعات الغربية) كل ذلك يمكن أن تكون له آثار إيجابية على سير مرض الفصام وإنذاره الأفضل .

[٢] الاضطراب ذو الشكل الفصامي

يعتبر الاضطراب ذو الشكل الفصامي (أو الشبيه بالفصام) (Schizophreniform disorder) أحد الاضطرابات النفسية الشديدة الهامة لأنه ليس نادراً وتصل نسبته إلى ١/ ٥٠٠ من الناس في الاحصائيات الغربية وربما يكون أكثر انتشاراً في البلدان النامية مقارنة مع الدول الصناعية المتطورة .

وأعراضه النفسية والعقلية تشبه الفصام تماماً ولكنه يختلف عنه من حيث مدة هذه الأعراض واستمراريتها وهي من شهر إلى سته أشهر فقط . وإذا استمرت الأعراض المرضية أكثر من ستة أشهر فإن التشخيص يتحول إلى الفصام .

كما يختلف عن الفصام بأن تشخيصه لايتطلب تدهوراً في الأداء العملي أو الدراسي أو الاجتماعي .

وفي السابق كان يطلق عليه اسم «الفصام الحاد» ولكن الدراسات الحديثة وأساليب التشخيص الحالية فضلت فصله عن الفصام بما يحقق المزيد من التجانس والفهم لكل اضطراب على حدة . . ومما يساعد على تخفيف الغموض والتناقض بين الباحثين والمعالجين ويسهل الوصول إلى تحديد الاضطرابات النفسية الشديدة الذهانية تحديداً دقيقاً يساهم في دراستها وعلاجها بشكل أفضل .

والاضطراب ذو الشكل الفصامي يمكن أن يكون أخف وطأة من الفصام وأحسن إنذاراً إذا ترافقت أعراضه بإثنين من علامات الإنذار الجيد . . وهي : ظهور أعراض ذهانية واضحة خلال أربعة أسابيع من ظهور تغيرات في السلوك أو في الأداء الاجتماعي - وجود تغيم الوعي أو الحيرة الشديدة خلال اشتداد النوبة - الأداء الاجتماعي والمهني الجيد قبل ظهور المرض - غياب التبلد والتسطح الانفعالي . (أنظر موضوع الفصام للمزيد من التفاصيل حول الأعراض المذكورة ومعانيها) .

وهذا الاضطراب يمكن له أن يتكرر مرات عديدة خلال حياةالمريض ويبقى التشخيص ثابتاً في حوالي ثلث الحالات . بينما يتحول هذا الاضطراب في ثلثي الحالات الأخرى إلى «الفصام» أو «الفصام الانفعالي» خلال السنوات التي تلي ظهور المرض .

ويمكننا اعتبار أن هذا الاضطراب بمعايير تشخيصه الحالية هو اضطراب حديث نسبياً والدراسات حوله لاتزال قليلة متناقضة في نتائجها . . وبعض الدراسات تؤكد علاقة هذا الاضطراب بالفصام من حيث الاضطرابات التشريحية في الدماغ وبعضها الآخر يشير إلى علاقته بالاضطرابات المزاجية من حيث القصة العائلية والاستجابة للعلاج وغيرذلك .

والوضع الحالي للموجودات العلمية لايسمح بإلقاء أضواء تفصيلية على هذا الاضطراب من حيث الأسباب والتفاصيل الأخرى مقارنة مع الفصام أو الاضطربات المزاجية . . وما نعرفه حالياً أنه اضطراب مستقل بذاته وله عدد من الصفات المميزة وربما تأتينا الدراسات فيما بعد بإضاءات مفيده وهامة .

والفائدة الأساسية من هذا التشخيص هي «عدم خلط الأوراق» في كثير من الاضطرابات الذهانية ووضعها جميعاً في «سلة الفصام» كما كان الحال في بداية القرن العشرين حيث شاعت ولفترة طويلة تسمية «الفصامات بدلاً عن «الفصام» . والجهد الحالي له أهمية تصنيفيه بالغة لأنه حجر الأساس في التوصل إلى معلومات دقيقه وراسخة في ميدان الاضطرابات النفسية عامة والذي لم يبدأ بشكل واضح إلا منذ حوالي عقدين من الزمن .

وأما بالنسبة للعلاج فإن هذا الاضطراب يعالج بواسطة مضادات الذهان مثله في ذلك علاج الفصام، ولابد من الانتباه إلى حماية المريض والإشراف عليه ومراقبته بسبب حدة ظهور الأعراض وسرعتها مما يزيد من احتمالات أذى المريض نفسه . وبالطبع فإن التجاوب مع العلاج جيد وإنذار هذا الاضطراب أفضل من الفصام .

٣ الفصام المزاجي

يعني اضطراب الفصام المزاجي (Schizoaffective disorder) وجود الأعراض الفصامية بشكل أساسي، إضافة إلى أعراض مزاجية شديدة وكافية ولمدة أسبوعين على الأقل خلال الاضطراب الذهاني وبشكل متواصل معه . وهذا الاضطراب يستمر لمدة شهر واحد على الأقل وفيه الأعراض الفصامية الواضحة ولمدة أسبوعين على الأقل دون وجود الأعراض المزاجية الشديدة . . والأعراض المزاجية إما أن تكون اكتئابية أو هوسية أو مختلطة . . بينهما .

وهذا التشخيص حديث نسبياً وهو شكل متوسط بين «الفصام» وبين «الاضطرابات المزاجية» . . وفيه مظاهر وصفات شبيهة بهم جميعاً كما وفيه اختلافات عنهم .

وهو يكثر عند النساء مقارنة بالرجال وفي قصة المرضى العائلية تزداد اضطرابات الفصام في الأقرباء أو تزداد الاضطرابات المزاجية . وتزيد احتمالات الانتحار في هذا الاضطراب نتيجة وجود الاضطرابات المزاجية والتي تعتبر أكثر أسباب الانتحار .

والفصام المزاجي يأخذ أشكالاً فرعية . . وهي الفصام المزاجي الهوسي، الفصام المزاجي المختلط، الفصام المزاجي

الاكتئابي . والشكل الأول والثاني يكثر عند الأصغر سناً وهو أحسن إنذاراً . . أما الفصام المزاجي الاكتئابي فهو يظهر عند الأكبر سناً وإنذاره أسوأ . ويحتل الفصام المزاجي من حيث الإنذار بشكل عام موقعاً وسطاً بين الفصام والاضطرابات المزاجية . . والفصام أسوأها بينما الاضطرابات المزاجية أحسنها إنذاراً . ويعالج هذا الاضطراب بمضادات الذهان مثله في ذلك علاج الفصام . كما ويفيد استعمال «الليثيوم» و «الكاربامازبين» والتي تفيد في علاج الاضطرابات المزاجية .

ولايزل هذا الاضطراب قيد الدراسة والأبحاث لمعرفة كافة التفاصيل المتعلقة به .

٤ الاضطراب الهذياني (الزور - الشك)

تشكل الاضطرابات الهذيانية (Delusional , paranoid ,disorders) مجموعة صغيرة من الاضطرابات النفسية الشديدة الذهانية .

وتقدر نسبة انتشارها بحوالي ١ في الألف من الناس وربما تكون النسبة أعلى مما تبين الدراسات الاحصائية لأن عدداً من الأشخاص الغريبين والمتعصبين لايتم تشخيصهم أبداً .

وتبدو أهمية هذه الاضطرابات من حيث المظاهر الخاصة بها والتي تتميز بانحراف التفكير المنطقي درجة واحدة فقط مما يؤدي إلى ظهور الهذيان والذي يمكن تصديقه بشكل عام لأنه يتطور بشكل منطقي ومتسلسل ولايرافقه تدهور في سلوك المريض العام أو اضطراب في التفكير خارج حدود الفكرة الهذيانية المرضية .

وأنواع هذه الهذيانات ستة وهي : هذيانات الملاحقة والاضطهاد - هذيانات الغيرة والشك والخيانة - هذيانات الحب المستحيل عن بعد - هذيانات العظمة - والهذيانات الجسمية - والشكل المختلط بينهما جميعاً .

ويغلب سيطرة أحد هذه الهذيانات ، وتكون الأفكار

الهذيانية منظمة ومحكمة البناء ويرافق ذلك انفعالات متناسبة مع طبيعة الهذيانات .

والمصطلح القديم الزور (الشك) (Paranoia) يعني في أصله اليوناني القديم : «عقل جانب نفسه» وكان يعني الجنون ولم يستعمل فترة طويلة . . وفي القرن التاسع عشر استعمله «كالباوم» عام ١٨٦٣ لوصف حالات هذيانية مزمنة . وفرقه «كريبلين» عن الفصام بعدم وجود تدهور في الشخصية أو في الأداء العملي .

وفي الدول الاسكندنافية يعتبر «رد فعل» عند من لديه استعداد خاص تحت وطأة ضغوط وظروف خاصة .

والأساليب الحديثة في التشخيص تعتمد تسمية «الاضطراب الهذياني» لأن مصطلح (الزور - البارانويا) فيه غموض ولايشمل مختلف أنواع هذا الاضطراب . ويعتمد التشخيص على وجود :

١- هذيان واحد أو أكثر ولمدة شهر على الأقل وإذا وجدت بعض الأهلاس لاتكون مسيطرة ومتكررة في الصورة المرضية بشكل عام ، إلا إذا كانت مرتبطة بموضوع الهذيان نفسه مثل «شم رائحة كريهة متكررة (وهي هلوسه شمية) عند من يعتقد وبشكل هذياني إن رائحة تصدر من جسمه» .

٢- الأداء العملي والاجتماعي ليس متدهوراً أو مضطرباً بشكل واضح .

وأكثر الهذيانات انتشاراً هذيانات الإشارة والملاحقة والمراقبة والأذى وأن «أحداً قد وضع له السم في الطعام أو الشراب» . وأيضاً هذيانات الغيرة والشك والخيانة الزوجيه . وأقل منها انتشاراً هذيانات العظمة والاكتشاف والقدرات الخارقة . وأيضاً الهذيانات الجسمية والإصابة بأمراض خطيرة ومنها «إصدار رائحة كريهة من الجلد أو الفم أو الشرج أو الفرج» . و«وجود حشرات تحت الجلد» وأن «الأمعاء أو القلب قد توقفت عن العمل» وأن المريض مصاب بالسرطان أو الأيدز أو غيره من الأمراض الجسمية الخطيرة .

وهذيانات «الحب عن بعد أو الحب المستحيل» وفيه تعتقد المرأة غالباً بأن رجلاً مهماً أو مشهوراً قد وقع في حبها مع أنها لاتعرفه بشكل خاص .

وأما من حيث ظهور الاضطراب الذهاني فهو يزداد في سن ٣٠ - ٥٥ سنة ، وهو متشابه في نسبة حدوثه بين الجنسين بينما تكثر هذيانات الغيرة الخيانة عند الرجال .

ويرتبط الاضطراب الهذياني بنقص السمع المتوسط والشديد ، والعمى ، والهجرة ، والضغوط النفسية والاجتماعية .

ونسبة المتزوجين منهم أكثر من ٦٠٪ كما أنهم أقل حظاً من النواحي المادية والثقافية كفئة عامة .

وهناك ما يسمى «ذهان السجن» ويأخذ شكل الاضطراب الهذياني عند المسجونين ولاسيما بالسجن الانفرادي .

ويرتبط هذا الاضطراب بالعزلة الاجتماعية والمشاعر الغاضبةو المجادلة وأيضاً بالعنف ولكنه نادر . وكثير من المرضى يذهب إلى المحامين ويرفع دعاوى وقضايا متظلماً متشكياً إلى السلطات القضائية بدلاً من ترددهم على الأطباء النفسيين .

والأعراض الاكتئابية شائعة في هذه الاضطرابات وأيضاً الاضطرابات الجنسية المتنوعة ، إضافة للأعراض الوسواسية القهرية والخوف من تشوه الجسم . وشخصية المريض قبل ظهور المرض تختلف عنها في الفصام، وكثيراً ما تكن حساسة مسيطرة انبساطية مع ذاكرة قوية للتاريخ والأحدث العامة وحدة في النقاط مشاعر الآخرين إضافة للجدية والعدوانية والتهكم والرد اللاذع . وهذه من صفات الشخصية الزورية الشكاكة .

ويبدأ المرض بشكل تدريجي عادة ثم يصبح مزمناً . . ومعظم المرضى يحتفظون بالقدرة على الإنتاجية العملية وبشكل أفضل من علاقاتهم الاجتماعية مع الاخرين .

(الأسباب) :

لاتوجد معلومات كافية عن أسباب الاضطراب الهذياني مقارنة بالمعلومات الحالية عن الفصام .

ويبدو أن هذا الاضطراب لا علاقة له بالفصام أو بالاضطرابات المزاجية من الناحية الوراثية . كما بينت ذلك الدراسات العائلية الوراثية .

ومن الممكن أن يكون للضغوط النفسية الاجتماعية دوراً في بعض الحالات . . ويقدم التحليل النفسي مادة غنية لتفسير الهذيانات الاضطهادية بشكل تحليلي عند بعض المرضى بدءاً من فرويد وتحليله لحالة «شربر» رجل القضاء المعروف حيث تطورت لديه هذيانات الملاحقة والأذى من الآخرين من خلال الاندفاعات اللاشعورية الشاذة تجاه أبيه ومن ثم إنكار ذلك وتحويله ثم إسقاطه على الآخرين وفقاً للمخطط :

(أنا أحبه← أنا لا أحبه ← أنا أكرهه ← هو يكرهني ← هم يريدون إيذائي) .

وفي حالات الغيرة والخيانة الزوجية (أنا أحبه ← أنا لا أحبه ← هي تحبه) .

والتفسيرات النفسية عديدة ومتنوعة وبعضها معقد وغريب وبعضها الآخر نظري يصعب نفيه أو إثباته .

ويقول البعض أن «الثقة الأساسية» لاتتطور عند المريض بسبب صعوبة الأهل وانتقاداتهم المستمرة ودقتهم المبالغ فيها في الأمور التربوية والمنزلية والقيم . أو أن البيئة المنزلية تكون محطمة ويسودها القلق وعدم الأمان . أو أن هذه البيئة تتميز بالقسوة الشديدة والحرمانات . أو أن الأهل أو من يقوم مقامهم غير قادرين على العطاء ولايمكن الاعتماد عليهم .

كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى المشاعر العدوانية والنقد الشديد والشعور بالظلم كأسلوب دفاعي ضد النبذ والحرمان ، يحمله المريض في شخصيته وصفاته . كما أن الإحباط وعدم تلبية الحاجات الأساسية للفرد تؤدي إلى ضعف تقدير الذات والغضب المستمر الكامن أو الظاهر .

وتؤدي صعوبة العلاقات مع الآخرين والإحباطات الناتجة عنها إلى الحذر والبرود العاطفي ومشاعر الغضب والحقد والانتقام ضد الآخرين وضد المجتمع الكبير . . وهذه التركيبة النفسية الخاصة والتي تتميز بالحساسية والنرجسية والتشاؤم يمكن لها تحت ضغط ظرف حياتي خاص مثل تجارب الفقدان أو حادث سيارة أو عملية جراحية أو خسارة مالية أن تسيء تفسير الأحداث وتظن بالآخرين ظن السوء مما يساهم في بناء الفكرة الهذيانية الخاطئة .

وفي هذيانات الخيانة الزوجية أو ما يسمى «بعقدة عطيل»

وفقاً لبطل مسرحية شكسبير المعروفة . . فإن نقد الزوجة المتكرر لزوجها يتحول تدريجياً إلى هذيان متكامل .

وفي حالات المهاجرين الذين يتعرضون لضغوط الهجرة المتنوعة وتوتراتها مثل تعلم لغة جديدة والتكيف مع مجتمع غريب . . فإن هذه الضغوط يمكن أن تسبب في ظهور الاضطراب الهذياني . . ولكن ربما يكون الاستعداد للذهان سابقاً عن الهجرة ودافعاً لها . ونجد في مضمون الهذيان تأثير المجتمع وثقافته مثل «أن الأذى والملاحقة من قبل المافيا أو المخابرات المركزية أو قوى أخرى» مما يعطي المريض أسباباً وتفسيرات لقلقه واضطرابه ويساهم في ظهور الهذيان الذي يمنع تفككه وانهياره النفسي التام .

(التشخيص التفريقي) :

لابد من تفريق الاضطراب الهذياني عن عدد من الاضطرابات الأخرى . . والحقيقة أن «الهذيان» هو عرض من الأعراض النفسية الشديدة الذهانية يمكن أن يوجد في الفصام وفي الاضطرابات المزاجية وفي الحالات العضوية والإدمان . ويفرق عن الفصام بوجود الأعراض الإضافية المرافقة للفصام .

وقد يكون ذلك صعباً في بعض حالات الفصام الزوري . ويفرق عن الاضطرابات المزاجية بأن الأعراض المزاجية الاكتئابية أو الهوسية تظهر في الاضطراب الذهاني بعد تطور ظهور

الهـذيانات ، أو أن هذه الأعـراض تكون قليلة وغـيـر كـافـيـة لتشخيص الاضطراب المزاجي .

ويجب تفريق الاضطراب الهذياني عن الذهانات العضوية مثل الخرف الشيخي ، واضطرابات الغدد مثل الدرقية وغيرها ، والالتهابات والورم الدماغي، والصرع وغير ذلك من خلال الفحص الجسمي والفحوصات المخبرية والشعاعيه إضافة للقصة المرضية .

وأيضاً يجب الانتباه والتأكد من نفي استعمال الكحول والمواد الإدمانية الأخرى مثل «الأمفتامين» و «الكوكائين» وأيضاً «مضادات الهسيتامين» و«مضادات الكولين» من خلال القصة المرضية والفحص الجسمي والمخبري .

ويختلف الاضطراب الهذياني عن اضطراب الشخصية الزورية الشكاكة بأن هذا الأخير لديه صفات الحذر والشك والترقب ولكن ليس لديه هذيان .

وفي الحالات الهذيانية التي تقل مدة استمراريتها عن شهر فإن التشخيص يكون «اضطراباً ذهانياً قصير الأمد» أو «اضطراباً ذهانياً غير وصفي» .

وفي حال وجود هذيان (كابغراس) وهو اعتقاد المريض أن «شخصاً ما قد استبدل بشخص آخر» أو هذيان (فربغولي) وهو

اعتقاد المريض بأن «شخصاً يعرفه سابقاً يراه بين الآخرين الذين يجتمع بهم» فإن احتمال تشخيص الفصام يجب الانتباه إليه أو تشخيص الذهان العضوي .

العلاج :

يعالج الاضطراب الذهاني بواسطة الأدوية المضادة للذهان وهي لاتفيد في بعض المرضى ، وإذا كانت مفيده فإنه يفضل العلاج عن طريق الحقن العضلية المديدة التأثير لأن معظم المرضى يرفضون العلاج ولايتعاونون معه . وبعض الدراسات تدل على فائدة دواء «بيموزايد» (Orap) بشكل خاص في «الهذيان الجسمي الوحيد» وهو من مضادات الذهان المعروفة .

ويحتاج المريض إلى العلاج ضمن المشفى إذا كان يشكل خطراً على نفسه أو على الآخرين . وفي هذيانات الخيانة الزوجية كثيراً ما ينصح بالتفريق بين الزوجين كأسلوب مساعد للعلاج ودرءاً للمخاطر . كما يحتاج المريض إلى اللطف والدقة المتناهية في التعامل معه وإقناعه بعلاج الأعراض المصاحبة لمرضه مثل القلق والاكتئاب دون موافقته على صحة هذياناته أو رفضها ومواجهتها وتأجيل ذلك إلى فترات لاحقة كسباً لتعاونه مع العلاج . ولايفيد العلاج الجماعي في حالات الاضطراب الهذياني بل يحتاج المريض إلى علاج فردي .

(الإنذار) :

يعتبر سير الاضطراب الهذياني وإنذاره العام أفضل من إنذار الفصام . وسيره مزمن غير متراجع بشكل عام . ويمكن للهذيان أن يصبح مغلقاً وذاتياً دون تأثير في الحياة العملية أو الاجتماعية . والإنذار أحسن عند المرأة والمتزوجين . وتدل الدراسات بعد متابعة المرضى عدة سنين من مرضهم أن ٨٠٪ منهم يعملون مقارنة مع ٣٠٪ من حالات الفصام . وأيضاً أن ٢٧٪ منهم لايزالون ذهانين بالفحص النفسي مقارنة مع ٨٠٪ من حالات الفصام .

⑤ الاضطراب الذهاني العابر (قصير الأمد)

يعتبر الذهــان العابر (قصير الأمد) (Brief Psychotic Disorder) أحد الاضطربات النفسيـة الشديدة الذهانيـة . وهو يتضمن ظهور أعراض ذهانية مثل الهذيانات المتنوعة والأهلاس واضطرابات الكلام وعدم الترابط وأيضاً السلوك الجمودي وغير ذلك . . وهذه الأعـراض تستمر من يوم واحد إلى شهر يعود بعدها المريض إلى حالته النفسية والذهنية العادية ويعود إلى أدائه وتصرفاته الاعتيادية .

ويمكن أن يسبق ظهور هذه الأعراض ضغوط وشدات نفسية واضحة ، وفي أحيان أخرى لايوجد أية ضغوط ظاهرة . كما يمكن أن يظهر عقب الولادة خلال الأسابيع الأولى الأربعة .

ويعتبر هذا الاضطراب غير شائع في الدول الصناعية المتطورة وربما يكون أكثر شيوعاً في بلادنا والبلدان النامية الأخرى . وتختلف الآراء حول ذلك . . وبعض الباحثين يؤكد على ارتباط هذه الاضطرابات بالعوامل النفسية الهستيريائية وأنها حالة تفككية مؤقتة يستفيد منها المريض في النهاية بالتخفيف من الضغوط التي يواجهها من خلال إعفائه من مسؤوليات معينة يتعثر القيام بها أو الحصول على مكاسب معنوية خاصة وحل

الصراعات الداخلية أو الأسرية وربما يفسر ذلك بعض الحالات وليس جميعها . .

وبعض الباحثين يؤكد على وجود اضطرابات عضوية غير ظاهرة مثل التجفاف (نقص السوائل واضطراب شوارد وأملاح الدم) وبعض الالتهابات المزمنة أو العابرة ونقص السكر والإجهاد العام وتعاطي بعض المواد ذات التأثير النفسي والعصبي وغير ذلك مما يمكن أن يكون مؤقتاً، ولكن استعدادات الشخصية للتفكك والذهان تتأثر بمثل هذه العوامل العضوية بشكل خاص مما يؤدي إلى ظهور الاضطراب الذهاني العابر . وهذا أيضاً يمكن أن يفسر عدداً من الحالات ولاسيما في العالم الثالث حيث يكون المستوى الصحي العام متدنياً .

وبعض الباحثين اعتبر أن هذا الاضطراب مرتبط وراثياً بالاضطراب المزاجي ونوبات الاكتئاب أو الهوس أو النوبات المختلطة بينهما والتي يمكن أن تكون عابرة وقصيرة الأمد . . ولكن دراسات أخرى أوضحت أن هذا الاضطراب ليس مرتبطاً بالاضطرابات المزاجية أو الفصام بل هو اضطراب مستقل بذاته من الناحية الشكلية والعرضية والمدة القصيرة التي يتميز بها، ولكنه يمكن أن يكون متنوعاً بالنسبة لخلفيات المرضى التي يتضمنها فهم بالتالي مجموعة غير متجانسة .

وتشير الدراسات إلى أن عدداً من اضطرابات الشخصية

يهيء لهذا الاضطراب مثل الشخصية الزورية الشكاكة والتي يحدث لها اضطراب ذهاني مؤقت واعتقادات هذيانية فيها الشك والخيانة والملاحقة وغير ذلك تحت وطأة الضغوط . وأيضاً الشخصية الهستيرية (غير الناضجة) والشخصية النرجسية والشخصية الحدوية (Borderline) والشخصية فصامية الشكل (Schizotypal). وهذا الاضطراب يفتح آفاقاً هامة لمعرفة ودراسة طبيعة التوازن العقلي والترابط الذهني عند الإنسان وكيفية اضطراب هذا التوازن من خلال الضغوط النفسية والاجتماعية أو العوامل الجسمية والفيزيولوجية وغير ذلك مما يمكن أن يؤدي إلى الاضطراب المؤقت الذي يعقبه التوازن ثانية .

ويمكن أن تضيف الدراسات التفصيلية ولاسيما في العالم الثالث إضاءات هامة حول هذا الاضطراب . وأما من حيث العلاج فإن هذا الاضطراب يعالج بمضادات الذهان المعروفة . ويحتاج المريض للرعاية والمراقبة نظراً لزيادة احتمالات الأذى والانتحار حيث تترافق الأعراض الذهانية مع اختلاط في الذهن واضطراب في الوعي والانتباه والعذاب الانفعالي الشديد، إضافة لإهمال المريض لتغذية نفسه واضطراب محاكمته العقلية وتصرفه وفقاً للهذيانات والأهلاس التي تسطير عليه .

ويجب الانتباه إلى النواحي العضوية والعصبية والتسممات واستعمال المواد الإدمانية وغيرها ، وإذا وجد دليل واضح عليها

فإن التشخيص يتغير إلى الذهانات العضوية أو الذهانات الإدمانية الأخرى .

كما يجب تفريق هذا الاضطراب عن الاضطرابات المزاجية والفصام المزاجي والفصام من خلال القصة المرضية والأعراض المرافقة ومتابعة الحالة .

٦ الاضطراب الذهاني المتشارك (الذهان الثنائي)

يعني الاضطراب الذهاني المتشارك (Shared Psychotic Disorder) اشتراك شخص أو أكثر في مضمون هذيان معين . وعادة يكون هناك مريض أساسي ذهاني ويظهر عند قريب له أو عند من له علاقة وطيدة به نفس الهذيان الذي يحمله المريض الأول الذي يشكو غالباً من الفصام أو من الاضطراب الهذياني أو لديه اضطراب مزاجي ذهاني .

والشخص الأساسي يكون مسيطراً وقوياً والمريض المشارك له يكون تابعاً أو أصغر سناً .

وهذا الاضطراب نادر الحدوث ويكثر عند الأزواج أو الأقرباء الذين يعيشون معاً لفترة طويلة وفي عزلة اجتماعية عن من حولهم . وهو أكثر عند النساء .

ويؤدي الابتعاد عن الطرف الأساسي المريض إلى التحسن . ولاتوجد معلومات تفصيلية عن هذا الاضطراب .

٧ الاضطرابات المزاجية
(الهوس الاكتئابي) : الهوس

(مقدمة) :

تعتبر اضطرابات المزاج (Mood disorders) من أهم الاضطرابات النفسية الشائعة في جميع المجتمعات .

وهي واسعة الانتشار وتتنوع مظاهرها وأشكالها . . ومن أهم أنواعها الاكتئاب والهوس والحالات المختلطة بينهما .

وتصنيف الاضطرابات المزاجية لاقى تعديلات كثيرة . . وهذه الاضطرابات المزاجية تختلف شدتها وبعضها يُعتبر من الحالات الخفيفة و المتوسطة وبعضها الآخر يُعتبر من الاضطرابات النفسية الشديدة . والاكتئاب مثلاً يتضمن عدة أنواع . . فهناك الاكتئاب البسيط المزمن (Dysthymia) والاكتئاب الكبير (Major depression) وحيد القطب ، والاكتئاب الذهاني (Psychotic depression) . (وفي الجزء الأول من كتابي الطب النفسي والحياة «١٩٩٥» تفاصيل شاملة حول الاكتئاب ومظاهره وأسبابه وعلاجه) .

ومن أشكال الاكتئاب الأخرى «اضطراب الهوس الاكتئابي» (Manic depressive disorder) والذي يعتبر من

الاضطرابات النفسية الشديدة وهو يماثل في أهميته وانتشاره اضطراب الفصام ، ونسبة انتشاره حوالي ١٪ من الناس ، وهو يصيب الذكور والإناث بشكل متعادل ، ويكثر في الطبقات الاجتماعية العليا .

وهو يعني ظهور نوبات متكررة ومحددة تأخذ شكل الاكتئاب الشديد (الكبير) في بعض النوبات ، وشكل الهوس (Mania) والذي يتمثل في أعراض معاكسة للاكتئاب ، في بعضها الآخر ويسمى حينها الاضطراب المزاجي ثنائي القطب رقم (١) (Bipolar I) أو يأخذ الاضطراب شكل نوبات اكتئابية شديدة متكررة مع نوبات هوسية خفيفة أو تحت الهوسية (Hypomania) ويسمى عندها الاضطراب المزاجي ثنائي القطب رقم (٢) (BipolarII) . وهناك ما يسمى الدورية المزاجية (Cyclothymia) وهي تعاقب أعراض الهوس والاكتئاب الخفيفة بشكل متكرر .

(أعراض نوبة الهوس) :

يمكننا وصف نوبة الهوس في شكلها الخفيف بأنها عكس الأعراض الاكتئابية المعروفة ويستعمل أحياناً مصطلح «الإنبساط» بدلاً عن الهوس ولكن هذا المصطلح غير دقيق وربما كان مصطلح الهوس أكثر تعبيراً إضافة إلى أنه أصبح شائع الاستعمال عموماً . . ويحدث في النوبة ازدياد الشعور بالنشوة (Elation) والفرح والسعادة والابتهاج ، وتتسارع الأفكار

وبعضها ابتكاري وإبداعي ويكثر الكلام وتزداد الطاقة والقدرة على العمل والإنتاج بشكل أكثر من المعتاد . ومن الناحية الجسمية تقل الحاجة للنوم ولاينام المريض سوى ساعات قليلة أو لاينام أبداً عدة أيام ويبقى ممتلئاً نشاطاً وحيوية ، ويزداد النشاط الجنسي وأيضاً يزداد الإقبال على الطعام والشراب في بعض الأحيان .

وفي الحالات الأشد تتسارع العمليات العقلية وتتطاير الأفكار (Flight of ideas) ويقفز المريض من فكرة إلى فكرة متأثراً بسجع الكلمات ورنينها ويزداد حسه الفكاهي وقد يغني أو يمثّل ، ويتشتت الانتباه والتركيز ، وتزداد الثقة بالنفس وتظهر أفكار وهذيانات العظمة والعلاقة مع الله أو شخصية هامة وتظهر أفكار وامتلاك قدرات فائقة ويكون لديه خطط ومشاريع طائشة ومتنوعة مالية واجتماعية ودينية وسياسية وثقافية . ويعطي اقتراحات وآراء حول مواضيع ليس خبيراً فيها ، ويمكن أن تظهر هلاوس سمعية و بصرية وفيها نشوة دينية خاصة . ويزداد ضغط الكلام وحدة الصوت ، ونجد المريض يقاطع حوارات الآخرين ويتدخل بشكل غير مناسب بكلامه وسلوكه مع المعارف والغرباء دون حواجز . ويزداد إنفاقه للأموال ويشتري هدايا كثيرة ويوزعها ، ويدخل في علاقات جنسية غير مناسبة ، ويقود سيارته بشكل طائش دون حذر .

ويكثر من الاتصالات الهاتفية وفي منتصف الليل لإجراء أعمال وصفقات تجارية وغير ذلك . ويكتب للصحافة أو السياسيين ويرسل البطاقات البريدية إلى المعارف والأصدقاء. ويكون سلوكه العام مضطرب مع ازدياد واضح في النشاط الحركي والعضلي مع عدم القدرة على السكون (Restless) . ويمكن للمريض أن يسافر بعيداً ويغير عنوانه ، ويلبس ثياباً ملفته للنظر ، ويتحدث مع الغرباء في الشوارع ويقدم لهم النصائح . وعند إعاقة الآخرين له يصبح غاضباً ومعتدياً وبذيئاً ، ويستعمل عبارات نقدية جارحة ولاذعة .

وبشكل عام يكون المزاج الغالب مرتفعاً فرحاً أو يكون غاضباً هائجاً أن أنه ينتقل بين ذلك .

(التشخيص) :

يعتمد تشخيص الهوس وفقاً لأساليب التشخيص الحديثة على حدوث نوبة محددة يتغير فيها المزاج بشكل غير اعتيادي ومستمر لمدة أسبوع واحد على الأقل يكون فيها المريض زائد المزاج أو ثائراً غاضباً مع وجود ثلاثة أعراض على الأقل ، مما يلي : تضخم الثقة بالنفس أو الشعور بالعظمة - قلة الحاجة إلى النوم - ضغط الكلام وازدياده - تسارع الأفكار - سهولة تغيير الانتباه - ازدياد النشاطات الحركية - ازدياد ممارسة نشاطات ممتعة بشكل خطر .

وإذا كان المزاج غاضباً يجب توفر أربعة أعراض مما سبق .

وهذه الأعراض المرضية ليست ناتجة عن استعمال دواء أو مادة مخدرة أو مرض جسمي طبي . كما أن هذه الأعراض شديدة لدرجة أنها تؤثر على الأداء العملي والاجتماعي .

(ظهور الهوس وسيره والإنذار) :

تبدأ نوبات الهوس في مختلف الأعمال ولاسيما في بداية العشرينات من العمر وتندر قبل سن البلوغ ولكنها موجودة . وظهور الهوس في مرحلة الشيخوخة ليس نادراً ويرتبط عندها باضطرابات وأمراض عضوية .

ويكون ظهور الهوس مفاجئاً وحاداً خلال أيام قليلة ويمكن أن يكون تدريجياً .

ومتوسط طول النوبة الهوسية حوالي أربعة أشهر بينما تكون النوبة الاكتئابية لمدة سنة ، وذلك قبل مرحلة العلاج الدوائي . وفي الوقت الحاضر متوسط مدة النوبة الهوسية ٥ أسابيع ، والنوبة الاكتئابية حوالي شهرين . والنوبات المختلطة الهوسية والاكتئابية أطول مدة ومتوسط مدتها ١٤ أسبوع .

وقد دلت الدراسات على أن الاضطراب المزاجي ثنائي القطب أو الهوس الاكتئابي يبدأ في ٦٠ - ٨٠٪ من الحالات بنوبة هوس . وخلال السنوات العشرة الأولى للمرض تتقارب

النوبات ثم تستقر وتكرر بفترات متشابهة وبعد ذلك تتباعد النوبات .

وفي ٥٠ - ٦٠٪ من نوبات الهوس تتلو النوبة الهوسية نوبة اكتئابية أو تسبقها . والهوس وحيد القطب نادر وهو يشبه ثنائي القطب في تكراره والقصة العائلية الوراثية والاستجابة للعلاج . وعند الرجال تتساوى عدد النوبات مع النوبات الاكتئابية بشكل عام . بينما تزيد نوبات الاكتئاب عن الهوس عند النساء . وتنتهي نوبة الهوس عادة بشكل فجائي وواضح أكثر من نوبات الاكتئاب .

ومن النادر حدوث نوبة هوسية واحدة خلال حياة المريض . . ويغلب تكرار النوبات . . ويختلف المرضى في شدة النوبات وعدد النوبات التي تظهر عندهم .

وكما ذكر سابقاً فإن الاضطراب المزاجي ثنائي القطب رقم (٢) يتصف بوجود نوبات اكتئابية ونوبات تحت هوسية أو هوسية خفيفة فقط .

وعند تكرار النوبات بشكل سريع وبالتحديد ٤ نوبات خلال سنة واحدة نسمي ذلك الهوس الاكتئابي سريع الدورات (Rapid Cycling) وهو يكثر عند النساء بنسبة (٢ر١) إلى (١) في الرجال . وتصل نسبة هذا الشكل إلى ٣٠٪ من الحالات ،

وفي الحالات التي يظهر فيها ذلك بعد مضي فترة على بداية المرض يحدث تكرار النوبات بسبب استعمال الأدوية المضادة للاكتئاب والتي يمكن لها أن تثير نوبة هوسية .

وأما الحالات الاكتئابية وحيدة القطب والتي يتكرر فيها الاكتئاب فمن الممكن أن تتحول إلى ثنائية القطب وأن يحدث فيها نوبات هوسية وذلك في ١٠٪ من الحالات . والعوامل المرتبطة بهذا التحول هي بدء نوبات الاكتئاب في سن مبكر (قبل ٢٥ سنة) - وجود أعراض اكتئابية ذهانية والبطء النفسي الحركي - القصة العائلية ثنائية القطب .

أما بالنسبة للإنذار فإن اضطراب الهوس الاكتئابي يعتبر جيد الإنذار مقارنة مع الفصام . والنوبة نفسها يمكن أن تشفى تلقائياً ودون علاج ولكن يمكن أن تطول مدتها أشهراً عديدة .

والمخاطر المرتبطة بنوبة الهوس أهمها التدهور المهني والاجتماعي أثناء حدوث النوبة إضافة إلى التصرفات غير المسؤولة التي تنتج عنها وعن المحاكمة العقلية غير السليمة ، مثل الخسائر المالية الكبيرة والتصرفات والأعمال غير القانونية . كما أن فرط النشاط وعدم النوم يمكن أن يودي إلى الإجهاد والهبوط القلبي الدوراني .

ويرتبط الهوس بسوء استعمال المواد الإدمانية والكحول وبنسبة ٦٠٪ من الحالات ، بينما في الاكتئاب نسبة ذلك ٣٠٪ .

ويبقى خطر الانتحار كبيراً في النوبات الهوسية الاكتئابية المختلطة والتي تسمى أحياناً عسر المزاج الهوسي (Dysphoric Mania) وهي تنتشر عند النساء أكثر وفيها هذيانات وإنذارها أسوأ بشكل عام من النوبات الهوسية .

(الأسباب) :

تعتبر العوامل الوراثية سبباً أساسياً في الاضطراب الهوسي الاكتئابي . كما بنيت ذلك الدراسات العديدة العائلية ودراسة التوائم . وأكثر من ثلثي المرضى لديهم قصة عائلية لنفس الاضطراب .

ولكن لاتزال الآليات المرضية التي تنتج الاضطراب غير واضحة وهناك عديد من النظريات حول اضطراب النواقل الكيميائية العصبية وأنواعها والتغيرات الهرمونية والدماغية الناتجة عنها . كما أن هناك عديد من النظريات والدراسات حول ماهية الاضطراب الوراثي نفسه ونمط انتقاله عبر الأجيال . وقد أمكن تحديد عدد من الصبغيات والمورثات المرضية التي تحملها والمسؤولة عن ذلك، ولكن لايوجد اتفاق واضح حول ذلك في الوقت الحاضر .

وآخر النظريات تؤكد على أن العيب الوراثي يتلخص تأثيره العصبي الكيميائي في قصور تنظيم الضوابط الداخلية أو مايسمى

«الساعة الداخلية» (اليوماوية) (Circadian pace maker) التي تتحكم بوظائف النوم والهرمونات المتعددة الآثار على المزاج .

ومن الملاحظ أن النوبات الأولى أو الثانية في اضطراب الهوس الاكتئابي تسبق ظهورها ضغوطات نفسية اجتماعية ، وهذا يعني أن الاستعداد المرضي يمكن أن يظهر تحت وطأة الضغوط . وأما في النوبات التالية فلاتوجد عادة ضغوط نفسية اجتماعية واضحة ، مما يمكن تفسيره بحدوث نوع من الحساسية العصبية الخاصة للنوبات الأولى والتي تنطلق فيما بعد لتحدث نوبات أخرى . وهذا ما يطرح أهمية العلاج المبكر وإمكانية تعديله لهذه الحساسية الخاصة .

ويمكن لنوبات الهوس أو الاكتئاب أو النوبات المختلطة أن تظهر عقب الولادة وأن تتكرر مع الولادات القادمة أو بدونها . وتشير المعلومات الحالية إلى عدم اختلاف هذا الاضطراب المرتبط بالولادة عن الاضطرابات المزاجية المعروفة وأنه جزء منها .

(التشخيص التفريقي) :

لابد من التأكيد أن جميع الاضطرابات الذهانية الشديدة ومن بينها الهوس يمكن أن تكون صعبة التفريق من حيث الصورة السريرية عن بعضها البعض ما لم يؤخذ بعين الإعتبار النظر إلى الأعراض المرضية ضمن سيرها الزمني واللاحق . . والمقطع

العرضي لايكفي في كثير من الحالات بل لابد من التعرف على المقطع الطولي الممتد زمنياً للوصول إلى التشخيص الأكيد .

وحالات الهوس عند المراهقين يمكن أن تختلط بالفصام نظراً للبدء المبكر وظهور الأعراض الذهانية ، ومن أعراضها الأخرى الهروب من المدرسة والسلوك المعادي المجتمع وسوء استعمال الأدوية والمخدرات . إضافة إلى أن الأعراض المختلطة الهوسية والاكتئابية تكثر عند المراهقين .

كما يجب تفريق الهوس عن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (Hyperactivity attention deficit disorder) عند الأطفال والمراهقين بأن الاضطراب الأخير يظهر قبل سن السابعة وأن أعراضه مستمرة وليست على شكل نوبات محددة كما أن المزاج فيه لايكون مرتفعاً .

ونوبات الهوس يمكن أن تكون ناتجة عن استعمال مضادات الاكتئاب أو العلاج بالصدمة الكهربائية أو العلاج بالضوء . أو نتيجة استعمال أدوية طبية عامة مثل الكورتيزون . . وفي مثل هذه الحالات يكون التشخيص نوبة هوسية ناتجة عن الأدوية .

كما أن بعض المواد المنشطة مثل الأمفتامين والكوكائين وغيرها من المواد الإدمانية يمكن أن تؤدي إلى أعراض هوسية مما يستدعي ضرورة الانتباه إلى إمكانية تعاطي هذه المواد من خلال القصة المرضية والفحوصات المخبرية .

كما أن عدداً من الأمراض الجسمية يمكن أن يظهر على شكل أعراض هوسية مثل التصلب اللويجي المتعدد (Multiple Sclerosis , M. s.) والورم الدماغي وتصلب الشرايين الدماغية واضطراب الغدد وغير ذلك . مما يستدعي ضرورة الفحص الطبي وإجراء الفحوصات اللازمة المخبرية والشعاعية .

(العلاج) :

يحتاج المريض الهوسي إلى العلاج في المشفى في كثير من الحالات لوقايته من تصرفاته وأعماله ومحاكمته العقلية غير السليمة .

وتفيد مضادات الذهان في العلاج وهي تخفف الأعراض المرضية وتساعد على تقصير فترة النوبة . كما يفيد دواء (الليثيوم) الذي يعتبر علاجاً فعالاً في النوبة الهوسية ونسبة الاستجابة له حوالي ٨٠٪ من الحالات . وهو يفيد أيضاً في منع تكرار النوبات أو تخفيف شدتها والمباعدة بينها . ويجب الاستمرار عليه فترة طويلة .

كما تفيد الأدوية المهدئة من زمرة (البنزوديازيين) مثل (كلونازيبام) (Rivotril) (ولورازيبام) (Ativan) في السيطرة على النوبة الهوسية وأعراض الهياج إذا ما استعملت مع مضادات الذهان . ويفيد العلاج الكهربائي (E.C.T.) في نوبة الهوس كما تدل عليه بعض الدراسات القليلة .

وفي الحالات الهوسية المختلطة بالاكتئاب تكون الاستجابة أقل بالنسبة لليثيوم ويمكن إضافة (كلونازيپام) ومضادات الذهان .

ويستعمل (كاربامازيپين) (Tegretol) (وصوديوم ڤالپوريت) (Depakine) كعلاج وقائي من النوبات القادمة مثل الليثيوم . وتستعمل أيضاً في علاج النوبات الحادة وفي الحالات الدورية السريعة .

ويحتاج علاج المصابين بالهوس الاكتئابي إلى علاج دوائي طويل الأمد تحت الإشراف الطبي . إضافة إلى العلاج النفسي خلال المراحل المختلفة للمرض، وتقديم الدعم والمساندة والمعلومات التثقيفية بطبيعة المرض، وشرح الأعراض المبكرة للنوبات مثل تغيرات النوم والأرق وضرورة الإسراع بتناول العلاج والانتظام عليه . إضافة إلى تقديم المشورة والنصائح العملية في الأمور الحياتية التي يمكن أن تنتج عن مثل هذا المرض المزمن .

والواقع أن حالة الهوس هي الحالة الوحيدة الممتعة بالنسبة للمريض من بين جميع الاضطرابات النفسية الأخرى . . لما فيها من تفاؤل وفرح وطاقة . . وهذا ما يجعل المريض صعباً ومعانداً في العلاج وقبوله مما يتطلب الجهد والإصرار من قبل المعالج لتقديم العون اللازم إليه .

⑧ الأعراض الجسمية «نفسية المنشأ» في الطب النفسي

ترتبط الأعراض والشكاوى الجسمية في أذهان العامة والمتخصصة بالأمراض الجسمية التي تصيب الجسم وأعضائه المختلفة . . وهذا بالطبع يخالف الحقيقة . . فالعلاقة بين الجسم والنفس علاقة وطيدة وتكاملية . . والجسم البشري يتأثر بالتكوين النفسي للإنسان واضطراباته كما يؤثر الجسد في التكوين النفسي بشكل واضح .

وإذا أردنا التعرف على مجموعة الأعراض الجسمية وأنواعها والتي ترتبط بشكل واضح بالعوامل والاضطرابات النفسية فإننا نجد أن هذا الميدان واسع جداً . . وتتنوع تصنيفاته وتتعدل باستمرار وفقاً للدراسات والأبحاث التي تجرى في هذا المجال والذي لايزال يكتنفه الغموض والتعقيد والبحث المستمر .

وللتبسيط فإنه يمكن تقسيم هذه الأعراض الجسمية الشائعة ذات المنشأ النفسي إلى عدة مجموعات :

١ - الاضطرابات ذات الشكل الجسمي (Somatoform disorder) وهي شائعة وتضم عدة أنواع . . وتتميز عامة بعدم وجود أية أسباب طبية مرضية أو تغيرات فيزيولوجية تفسر وجود الأعراض الجسمية التي يشكو منها المريض . ومنها : «الاضطرابات التحويلية» (الهيستريا التحويلية)

(Conversion Disorder) وتتميز بظهور أعراض مرضية وفقدان في الوظائف الطبيعية الحركية والحواسية مما يوحي بالإصابة بمرض عصبي أو طبي عام (أنظر إلى الموضوع التالي رقم ٩ في نفس الفصل للمزيد من التفاصيل) .

وأيضاً «الاضطراب التجسيمي» (Somatization disorder) ويتميز بظهور أعراض جسمية متعددة قبل سن الثلاثين عاماً وهذه الأعراض تستمر لسنوات وتؤدي إلى إعاقة المريض مهنياً أو اجتماعياً أو شخصياً .

وتتضمن هذه الأعراض أربعة أعراض من أعراض الالم على الأقل، مثل آلام الرأس والبطن والظهر والمفاصل والصدر ومواضع أخرى، وأيضاً اثنين من الأعراض الهضمية مثل الغثيان والإقياء والإسهال . وأيضاً أحد الأعراض الجنسية التناسلية مثل عدم انتظام العادة الشهرية وإقياءات الحمل وغيرها . وأيضاً أحد الأعراض العصبية غير الحقيقية . كل ذلك خلال تاريخ المرض. وهو اضطراب شديد يتطلب عدداً معيناً من الأعراض، وهناك شكل مخفف منه وأقل شدة وربما يكون أكثر شيوعاً .

والاضطراب التجسيمي يزداد عند النساء وبنسبة ٥ إلى ١ عند الرجال. وربما تصل نسبته إلى ٢-٣٪ من النساء. وله أسباب وراثية ويرتبط بالعوامل النفسية وتطور الشخصية .

وهناك ما يسمى «باضطرابات الألم» (Pain disorder) وهي شائعة جداً وفيها يشتكي المريض من ألم في موضع معين من الجسم أو عدة مواضع مما يسبب له معاناة واضحة وتأثيراً على أدائه العملي والاجتماعي، وهو يرتبط بالعوامل النفسية في منشئه أو في ازدياد شدته أو في استمراريته ويمكن أن يكون الألم حاداً أو مزمناً كما يمكن أن يتزامن مع عوامل نفسية واضحة إضافة للعوامل العضوية . وأهم المواضع هي البطن والوجه والحوض والرأس والصدر .

وهناك ما يسمى «الخوف من الأمراض» (Hypochondriasis) وهو شائع أيضاً ويعني خوف المريض من أن يكون لديه مرض جسمي خطير وهو لذلك يتفحص جسمه ويفسر الأعراض الاعتيادية أو الفيزيولوجية بأنها خطرة وتدل على احتمال الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة . . وهو لايستجيب للتطمين ونتائج الفحوصات السليمة إلا بشكل مؤقت فهو يعاود القلق والتفكير في جسمه ويراجع العديد من الأطباء .

وهناك ما يسمى «الخوف من تشوه الجسم» (Dysmorpho phobia) ويعني قلق المريض المستمر واهتمامه بشكل أعضاء الجسم الظاهرية وأن فيها عيباً شكلياً وبشكل مبالغ فيه ومسيطر على تفكيره وحياته ، مثل شكل الأنف والوجه والأذنين والأعضاء الجنسية . وهؤلاء المرضى يراجعون أطباء

التجميل والجلدية والأنف والأذن لاصلاح العيوب وإجراء الجراحات دون ضرورة .

وهو يكثر في مرحلة المراهقة وبداية الشباب وأيضاً في مرحلة انقطاع الطمث عند النساء ويرافق هذا الاضطراب الرهاب الاجتماعي وتجنب العلاقات الاجتماعية وأيضاً الاكتئاب وهو يأخذ شكلاً وسواسياً مسيطراً على تفكير المريض وقد يصل إلى درجة الهذيان .

ومن الاضطرابات الأخرى الأضطراب ذو الشكل الجسمي غير المحدد (Not specified) ويشمل عدداً من الأعراض الجسمية التي لاتصنف ضمن الاضطرابات السابقة الذكر مثل «الحمل الكاذب» (Pseudocysis) حيث يحدث بروز البطن وتقلص عضلات الظهر وانقطاع الطمث دون وجود الحمل أو أي اضطراب هرموني . . وهو نادر الحدوث . وأيضاً «الضعف الجسمي العام» وغير ذلك .

٢- الاضطرابات التصنعية وإدعاء المرض(Factitious , Malin-gering) وهي تعني إحداث الأعراض بشكل إرادي وتقليد الأعراض الجسمية المعروفة وأيضاً الأعراض النفسية المعروفة . والاضطراب التصنعي لايجني منه المريض أي هدف سوى اتخاذه وضعية المريض . على عكس إدعاء المرض الذي يجني منه المدعي مكاسب وفوائد معينة . وقد

يصعب التفريق بينهما. وتتميز هذه الحالات بالإثارة والغرابة وهي ليست نادرة (انظر الموضوع رقم (١١) في نفس الفصل للمزيد من التفاصيل).

٣- الأعراض الجسمية المرافقة لاضطرابات نفسية محددة: مثل تسرع نبضات القلب، ضيق التنفس، والرجفة وعدم التوازن في اضطرابات «القلق العام» و «الهلع». وأيضاً نقص الشهية وفقد الوزن في «الاكتئاب». واضطرابات الوظيفة الجنسية مثل عدم الانتصاب وسرعة القذف في «الاضطرابات الجنسية المحددة» وأيضاً انقطاع الدورة الشهرية وضعف الوزن الشديد في «القمه العصبي» (Anorexia) وهو من «اضطرابات الطعام المحددة»، وغير ذلك.

٤- الاضطرابات النفسية الجسمية(Psychosomatic disorder) وتسمى أحياناً «العوامل النفسية المؤثرة على حالات عضوية»(Psychological factors affecting phisical conditions). وهذا مجال خصب للتعرف على العلاقة القائمة بين النفس والجسم وقد تطور هذا الميدان الذي يبحث في عدد من الأمراض الجسمية وعلاقتها بالعوامل النفسية وحجم تأثيرها وكيفيته.. ولايزال الغموض كبيراً ولكن الاهتمام بهذا الميدان بدأ يزداد بشكل ملحوظ. وفي الوقت الحاضر لدينا كمية هائلة من المعلومات والتفاصيل التي تتعلق

بمعظم الاضطرابات الجسمية الشائعة ولكن لايزال البحث مستمراً .

وهذه الاضطرابات الجسمية تشمل :- اضطرابات القلب والأوعية الدموية ، ومنها ارتفاع ضغط الدم وأمراض شرايين القلب والجلطة وانسدال الدسام التاجي(Mitral Valve prolapse) - الاضطرابات التنفسية : وأهمها الربو والحساسية وفرط التهوية - الاضطرابات الهضمية : مثل تشنج الكولون وتهيجه (الكولون العصبي) (Irritable bowel syndrome) و«داء كرون» و «التهاب الكولون القرحي» و «القرحة الهضمية» - الاضطرابات الجلدية : مثل الحكة وفرط التعرق والحساسية - اضطرابات الغدد الصماء مثل الداء السكري وهبوط السكر وفرط أو نقص نشاط الغدة الدرقية وأيضاً الغدة نظيرة الدرقية - وغير ذلك مثل تناذر ما قبل الدورة الشهرية (Premenstrual syndrome) وألم أسفل الظهر وغيره .

وتختلف الدراسات حول تحديد الأمراض الجسمية التي يمكن للعوامل النفسية أن تؤثر فيها وبعضهم يعتبر العديد من الاضطرابات المناعية ضمن هذا المجال مثل داء المفاصل الرثواني وأيضاً داء الصدفية الجلدي .

والدراسات الحديثة تضمنت أبحاثاً عديدة حول السرطان

(Cancer) وأثر العوامل النفسية في اضطراب المناعة المؤدي إلى ظهور الأورام السرطانية، وأيضاً حول أثر العوامل النفسية في تحسنها واختفائها، ولاتزال هذه الدراسات في بداياتها.

٥- اضطرابات الجهاز العصبي الذاتي ذات المنشأ النفسي (Psychogenic Autonomic disorders) وهي تعني وجود تغيرات فيزيولوجية في عدد من أعضاء وأجهزة الجسم والتي ترتبط تشريحياً بالجهاز العصبي الذاتي غير الإرداي مثل القلب والمعدة والأمعاء والمثانة. وتلعب العوامل النفسية في إحداث اضطرابات وأعراض جسمية محددة. مثل ازدياد نبضان القلب الجيبي (Sinus Tachycardia) واضطرابات نظم القلب السليمة. وانقباض المعدة وازدياد حموضتها والفواق (الفهقة) (Hicough) وأيضاً الاسهال العصبي وصعوبة التبول وتكراره، وغير ذلك.

وبعض هذه الاضطرابات يمكن تصنيفها ضمن الاضطرابات ذات الشكل الجسمي إذا ترافقت مع أعراض أخرى. وبعض الباحثين يعتبر هذه الاضطرابات مستقلة.

كلمة أخيرة :

لابد من التأكيد على ضرورة فحص المريض جسمياً وإجراء الفحوصات الضرورية اللازمة قبل اعتبار أن الأعراض نفسية . . وكثير من الأطباء يوضح للمريض أنه سليم ولايوجد لديه مرض عضوي . . والحقيقة أن الأعراض الجسمية موجودة فعلاً وليست خيالية أو مصطنعة (إلا في حالات الاضطراب التصنعي) ، وهذا ما يجعل المريض غاضباً أو غير متعاون . . ومن الأفضل تقديم الشروح والتفاصيل حول تعريف المرض الجسمي وتوضيح أن المريض يشكو من التوتر والإجهاد الذي يؤثر على أعضاء الجسم وأدائها الطبيعي وأن هذا في حد ذاته اضطراب واقعي يحتاج للعلاج .

والحقيقة أن الاضطرابات ذات الشكل الجسمي وغيرها من الأعراض الجسمية المرتبطة بالعوامل النفسية ربما تكون أكثر انتشاراً في بلادنا وفي المجتمعات النامية مقارنة مع الدول الأكثر تطوراً . . ويعود ذلك إلى الاستعمال الشائع «للغة الجسد» كتعبير عن الاحباطات النفسية والآلام والمعاناة وطلب العون . . ولعلها اللغة الأساسية للتفاهم بين المريض والطبيب وبين المريض ومن حوله من الأهل والأصدقاء . ولاتزال «اللغة النفسية» والتعبير عن المشاعر وتفصيلها من الأمور غير الشائعة لأنها ترتبط بدرجة الوعي والتطور وأيضاً بعدد من الممنوعات التربوية

والاجتماعية والثقافية . وهذا ما يوضح صعوبة التعامل مع مثل هذه الاضطرابات ويبين حجم المعاناة والآثار السلبية الكثيرة الناتجة عن حرمان هؤلاء المرضى من التشخيص المناسب ومن العلاج المناسب . كما يبين ذلك أهمية الوعي الطبي والنفسي وضرورة توسيعه وتعميقه في مجتمعاتنا .

٩ الاضطربات التحويلية (الهيستريا التحويلية) مظاهرها .. أسبابها ..وطرق العلاج

(مقدمة) :

تعتبر الاضطرابات التحويلية (Conversion disorders) من الاضطرابات ذات الشكل الجسمي الهامة والشائعة، وهي معروفة منذ القدم . . وقد ارتبطت «بالهستيريا» عبر العصور . . وكلمة «هستيريا» مشتقة من اللغة اليونانية وتعني الرحم . وقد كان يُعتقد أن الرحم يتجول في جسم المرأة ويغادر موقعه بسبب الإمتناع عن الجنس مما يسبب في حدوث أعراض جسمية مرضية غريبة . واستعمال هذا المصطلح توسع ليشمل عدداً من الاضطربات النفسية المختلفة مثل وصف للشخصية الاستعراضية التي تحب الظهور ولفت الانتباه وتتميز بانفعالاتها المبالغة والمتغيرة ، إلى الأعراض الجسمية المتعددة المزمنة دون سبب عضوي ، وأيضاً الاضطراب الذهاني الحاد قصير الأمد .

وهذا المصطلح «الهستريا» قل استعماله في الوقت الحاضر بشكل عام ويستعمل بدلاً عنه مصطلحات أخرى أكثر تحديداً ووضوحاً .

(الأعراض):

تحدد الاضطرابات التحويلية وفقاً للمعايير الحالية بأنها ظهور عرض أو أعراض مرضية جسمية، أو تغير وفقدان في الوظائف الطبيعية للجهاز الحركي الإدراي أو في الحواس . . مما يوحي بالإصابة بمرض عصبي أو عضلي دماغي، أو مرض طبي عام . وهي مرتبطة بعوامل نفسية وضغوطات وصراعات في نشوئها أو اشتدادها .

وهذه الأعراض لاتظهر بإرادة المريض وعن عمد، ولايمكن تفسيرها بوجود مرض عضوي معروف من الناحية السريرية أو بعد إجراء الفحصوات اللازمة .

وهذه الأعراض تأخذ شكل الأعراض الحركية مثل : الشلل النصفي أو شلل أحد الأطراف والخدر وفقد الحس وفقد الصوت (Aphonia) وتشنج أحد الأطراف أو الرجفة في اليدين والرأس والجسم كله، وفقدان التوازن الحركي في المشي وصعوبة البلع وغير ذلك . .

أو تأخذ شكل الأعراض الحواسية مثل : العمى وضيق المجال البصري (Tunnel Visions) والرؤية المزدوجة والصمم وغيرذلك .

والشكل الثالث هو الأعراض شبيهة بالصرع : وهي نوبة

من فقد الوعي أو بدونه مع تشنج في الأطراف وحركات تكرارية معينة. وأما الشكل الأخير فيكون مختلطاً بين هذه الأشكال السابقة.

ونجد عند فحص المريض المصاب بالشلل التحويلي مثلاً أن انفعالاته العامة التي تبدو من خلال الحوار معه وطريقة حديثه ومظاهر التعبير الانفعالي لديه أنه « غير مبالي» وربما يبتسم ويضحك وهذا ما يعرف باسم «اللامبالاة الجميلة» (Labelle indifirence) ولانجد ذلك في جميع الحالات.

وفي حالات الشلل نجد المريض يسحب الطرف المشلول ويجره جراً دون التأرجح (Swing) الذي يحدث في حالات الشلل الحقيقي.

وعندما نحاول تحريك العضو«المشلول» نجد أن العضلات المعاكسة للحركة قد ازداد توترها وشدها كي تمنع الحركة وهذا لايحدث في حالات الشلل الحقيقي أيضاً.

كما أن المنعكسات الوترية العصبية تكون طبيعية في الاضطراب التحويلي وكذلك تخطيط العضلات الكهربائي.

وهناك عدد من الملاحظات العديدة التي تساعد على تشخيص الحالات التحويلية يمكن للطبيب اكتسابها من خلال الخبرة والممارسة الطبية التي تعرفه بمظاهر وأعراض الأمراض

الجسمية والعصبية المتنوعة والتي تجعله قادراً على تفريق الحالات التحويلية عن الحالات العضوية في كثير من الحالات .

(ظهور الاضطراب التحويلي وانتشاره وسيره) :

يظهر الاضطراب التحويلي في سن المراهقة والشباب عادة، ونادراً ما يظهر للمرة الأولى بعد سن ٣٥سنة ، ولايظهر قبل سن الرابعة . وفي حال ظهوره المتأخر لابد من بحث الأسباب العضوية بالتفصيل لأن الأسباب تكون طبية وعضوية في أغلب الحالات المتأخرة .

وهو يكثر عند المرأة مقارنة بالرجل وبنسبة خمسة أضعاف على الأقل .

وهو يحدث بنسبة ثلاثة بالألف من الناس على الأقل وفقاً للاحصائيات الغربية، ويشكل وحوالي ٨٪ من مرضى المشافي العامة و ٢٪ من العيادات النفسية الخارجية . وهو أكثر انتشاراً في البلدان النامية والبيئات الريفية والأوساط الثقافية المتدنية .

ووفقاً لبعض الاحصائيات فإن الاضطرابات التحويلية تمثل حوالي ١٠٪ من حالات العيادات الخارجية في العالم الثالث .

وتظهر الأعراض التحويلية بشكل سريع وفجائي عادة . .
وتزول هذه الأعراض خلال أيام أو أسابيع ويمكن لنفس الأعراض أن تظهر ثانية أو تظهر أعراض تحويلية أخرى فيما

بعد. ويحدث الانتكاس بنسبة ٢٥٪ تقريباً خلال السنة الأولى. وبعض الحالات تصبح مزمنة وتستمر سنوات عديدة مالم تعالج. وبعض هذه الحالات المزمنة تشفى فجأة عند حدوث أحداث طارئة ذات أهمية خاصة. . مثل حدوث حريق في المنزل في حالة المريض «المشلول» والذي يجري فجأة هرباً من الحريق.

وفي الحالات المزمنة يمكن أن يحدث الضمور العضلي للعضلات المشلولة وهذا ما يسمى الضمور الناتج عن عدم الاستعمال (Disuse Atrophy) . وبعض الأعراض التحويلية أسوأ إنذاراً من حيث عدم استجابتها للعلاج وإزمانها وتكرارها مثل الرجفة والاختلاجات شبيهة بالصرع .

وقد وجدت بعض الدراسات التي أجريت في المراكز العصبية على المرضى المصابين بالأعراض التحويلية أنه إذا تمت متابعتهم سنوات طويلة فإن نسبة كبيرة منهم يصابون بأمراض عصبية وعضوية ، ونسبة أخرى تصاب باضطرابات نفسية أخرى.

أما الدراسات التي أجريت في المشافي النفسية فقد بينت أن متابعة مرضى الاضطراب التحويلي لعدة سنوات لم يتغير فيها التشخيص في غالبية الحالات ، ولم تظهر أية أمراض أو اضطرابات جسمية أو عصبية .

وهذه الاختلافات بين الدراسات يمكن فهمها بأنها ترتبط بنوعية المرضى المحولين للدراسة واختلاف عينات المرضى المدروسة وغير ذلك . . ولكن تبقى النتيجة العامة البسيطة والهامة وهي ضرورة الانتباه إلى إمكانية وجود أمراض عصبية وجسمية وضرورة التأكد من نفيها إضافة إلى أهمية متابعة المرضى عموماً .

وبعض الدراسات الحديثة بينت أن نسبة كبيرة من الحالات (حوالي ٢٥٪) التي شخصت وعولجت على أنها حالات من الصرع العصبي الحقيقي ، أنها حالات من الاضطراب التحويلي الشبيه بالصرع . (ومن الممكن بالطبع ترافق الصرع الحقيقي جنباً إلى جنب مع الاضطراب التحويلي شبيه بالصرع) .

وهذا يستدعى أهمية التعرف على الاضطرابات التحويلية وعدم إهمالها وضرورة إتخاذ موقف متوازن من حيث وجودها الفعلي واستقلاليتها دون «إفراط» في تشخيصها أو «تفريط» بتشخيص الأمراض العصبية والعضوية بدلاً عنها .

(الأسباب) :

بينت الدراسات أن الأعراض التحويلية تظهر بعد ضغوط نفسية معينة وترتبط بها زمنياً . كما أنه يمكن إحداث هذه الأعراض وإزالتها بواسطة الإيحاء . . مما يدل على أهمية العوامل النفسية والاجتماعية في هذا الاضطراب .

وقد تناقضت الآراء حول سبب هذا الاضطراب وبعضهم اعتبر أن هناك اعتلالاً في الجهاز العصبي والدماغ ، وبعضهم الآخر فسر أعراض الشلل التحويلي على أنها نتيجة اضطراب عصبي فيزيولوجي يتعلق بتثبيط الإشارات العصبية الحركية في منطقة المجموعة الشبكية (Reticular System) وبالتالي لاتصل الأوامر للجهاز العضلي بالحركة . ودراسة ذلك من خلال الاستجابة الكهربائية المحرضة (Evoked Response) غير قاطعة . كما أجريت بعض الدراسات الوراثية العائلية ودراسات للتوائم وكانت معظمها سلبية .

والنظريات النفسية تتنوع في تفسيراتها . . ويشير مصطلح «التحويل» (Conversion) إلى أن المشاعر والانفعالات تتحول إلى أعراض جسمية وفقاً لآليات الدفاع النفسية . ولاندري طبيعة هذا التحول وكيفيته من الناحية الفيزيولوجية . وأكد البعض أن هذا التحويل إلى الأعراض الجسمية له بعد رمزي ، مثل «أن الصراع النفسي المرتبط بالتعبير عن الغضب والكره تجاه الأب يتم التخفف منه والتعبير عنه بفقدان الصوت وعدم القدرة على الكلام» . وفي بعض الحالات تكون الرمزية واضحة وفي بعضها الآخر تكون بعيدة وتأملية وصعبة التصديق .

وقد لاحظ فرويد أن المرضى يتحسنون عندما يتحدثون عن ذكريات معينة أثناء التنويم الإيحائي ، مما جعله يتابع البحث عن

هذه «الذكريات الخاصة» الممنوعة والمكبوتة واستخلاصها من خلال التحليل النفسي مما يساهم في تفريغها من الشحنات العاطفية والانفعالية المرتبطة بها ويؤدي إلى التبصر والشفاء .

وترتبط هذه الذكريات الخاصة بالرغبات والأفكار والاندفاعات الجنسية المكبوتة وبما يعرف بالمرحلة الأوديبية والتثبت عندها .

وقد بينت عدد من الدراسات الحديثة ازدياد حدوث المشكلات والاضطرابات الجنسية في حالات الاضطرابات التحويلية وأيضاً ازدياد الإيذاء الجنسي في الطفولة (Sexual Abuse) وبنسبة ١/ ٣ من الحالات .

والنظريات الأخرى تؤكد على أهمية المشاعر العدوانية والرغبات الاعتمادية الناتجة عن حرمانات طفولية أو إحباطات، وأن الصراعات والعقد النفسية المرتبطة بذلك تبقى وقتاً طويلاً في تركيبة الإنسان وأن بعض الضغوط الخاصة التي يواجهها تثير مثل هذه الصراعات فتظهر الأعراض التحويلية كحل وسط (Compromise) بين «التعبير والخوف من التعبير» . ويمكن للأعراض التحويلية أن تمثل «عقاب الإنسان لنفسه» على رغباته واندفاعاته وانفعالاته السلبية الممنوعة . وأيضاً يمكن لها أن ترضي حاجات الاعتماد على الآخرين من «خلال اتخاذ وضعية

المريض» وأيضاً «الهروب والخروج من أزمة ضاغطة ومهددة» مع وجود التبريرات النفسية والاجتماعية وهي حدوث المرض.

ويمكن القول أن هناك هدفاً أولياً أو أساسياً للأعراض التحويلية يتلخص في إبعاد الصراع النفسي والحاجات النفسية والانفعالات المؤلمة بعيداً عن ساحة التفكير والوعي. وأما الهدف الثانوي فهو الحصول على مكاسب متعددة مثل الانتباه والرعاية والتخفف من الأعباء والمسؤوليات والمحافظة على الزوج والأصدقاء وغير ذلك. ومن الناحية السلوكية يمكن اعتبار الأعراض التحويلية نوعاً من «التكيف المرضي» الناتج عن تجربة حياتيه مؤلمة ومحبطة ونتيجة للتفاعل بين شخصية معينة لها قدرات وإمكانيات محدودة، وبين ظروف اجتماعية وثقافية خاصة.. حيث يتعلم المريض أن يكسب انتباه الآخرين وعطفهم ودعمهم ويتجنب عقابهم ونقدهم وعدوانيتهم من خلال الأعراض المرضية الجسمية. لأن تصرفات الأهل والمربين والقيم الاجتماعية العامة تثبت مثل هذه الأنماط السلوكية..

ويؤكد البعض على أن «الأعراض التحويلية الجسمية» هي أسلوب تعبيري بدائي.. وهو أسلوب رمزي ويعتمد على الحركة والشكل بدلاً عن التخاطب والتعبير اللفظي الواضح. وإذا أعيقت القدرة على التخاطب والتعبير لأسباب لاشعورية أو شعورية أو ثقافية أو ظروف محيطية.. فإن اللغة الجسمية هي

التي تستعمل ، ويدعم ذلك انتشار الأعراض التحويلية في الأشخاص والمجتمعات الأقل ثقافة ، وأيضاً عند الأقل ذكاءً ، وعند الأشخاص المقيدين والمحصورين ضمن قواعد صلبة خاصة .

ومن الناحية العملية تبين الدراسات أن الأعراض التحويلية يمكن أن تتزامن مع «الاضطراب التجسيمي» المزمن وأن تكون جزءاً منه والذي لاتزال أسبابه غير واضحة .

كما أنها تحدث لمن تعرض لمرض جسمي سابق أو مع من يعيش ويقابل أشخاصاً لديهم مرض جسمي عضوي ، وهذا ما يسمى تقليد النموذج (Modeling) . وأيضاً ترافق هذه الأعراض مع مختلف اضطرابات الشخصية ولاسيما صفات الشخصية الهيسترياثية والاعتمادية والمضادة للمجتمع . إضافة لعلاقتها الأكيدة بالضغوط والشدات النفسية والاجتماعية .

كما يبدو أن الأعراض التحويلية تتعلق بمزيج من العوامل الشعورية واللاشعورية الفاعلة في كل حالة على حدة .

كل ذلك يستدعي ضرورة النظر لهذه الاضطرابات من منظارملي متعدد الجوانب مما يساعد على تفهمها ودراستها والتعامل معها بشكل أفضل .

(التشخيص التفريقي) :

لابد من تفريق الاضطراب التحويلي عن عدد من الأمراض العصبية والاضطرابات العضوية الأخرى . مثل مرض «غيلان باري» (Gillan Barre) و«الوهن العضلي الوخيم» (Myathenia gravis) و«التصلب اللويحي المتعدد» (M.S) و «الذئبة الحمامية المتعممة» (Systemetic Lupus) . ويمكن أن يحدث إلتباس في تشخيص هذه الأمراض ولاسيما في مراحلها الأولى المبكرة نظراً لتغير الأعراض وتحسنها التلقائي ولكن تتوضح صورتها أكثر مع سير المرض وتقدمه .

ويفيد في التشخيص الفحص الجسمي والعصبي الدقيق وإجراء عدد من الفحوصات إضافة لمتابعة الحالة .

ويجب تفريق الاضطراب التحويلي عن «مرضى الصرع» بأشكاله المتعددة « الصرع الكبير» و «الصرع الصغير» و «الصرع الجزئي» (انظر إلى الملحق المرافق لهذا الموضوع : ملاحظات عامة للتفريق بين مرض الصرع والنوبات الشبيهة بالصرع نفسية المنشأ) . وأيضاً يجب تفريق الاضطراب التحويلي عن «مرض باركنسون» ولاسيما الشكل الشبابي منه والشكل الدوائي . وأيضاً عن «الأعراض التشنجية الحادة» و «عسر المقوية العضلية الحادة أو المزمنة» الناتجة عن استعمال الأدوية الشائعة المضادة

للذهان أو المضادة للإقياء من نفس الزمرة ، أو الناتجة عن مرض عصبي دماغي .

وأما بالنسبة للعرض التحويلي« صعوبة في البلع» أو ما يسمى «اللقمة الهستيريائية» (Globus hytericus) فمن الممكن اختلاطه مع عدد من اضطرابات الجهاز الهضمي مما يستدعي فحص البلعوم والتنظير لنفي وجود اضطرابات عضوية كالأورام وغيرها .

وفي آلام الوجه الحادة يجب الانتباه إلى تشخيص «ألم العصب المثلث التوائم» (Trigeminal Neuralgia) . كما يجب تفريق الاضطراب التحويلي عن غيره من الاضطرابات الجسمية الشكل والاضطراب التصنعي وغير ذلك من الاضطرابات النفسية إذا توفرت الأعراض اللازمة لتشخيصها .

(العلاج) :

يحتاج العلاج إلى أخذ التفاصيل الدقيقة عن الحالة المرضية وظهور الأعراض . وأيضاً إلى بناء علاقة إيجابية علاجية مع المريض . ولابد من الفحص الجسمي الطبي والعصبي وإجراء الاستقصاءات والفحوص اللازمة . ومن المفيد إتاحة الفرصة والوقت الكافي للمريض للتعبير عن مشكلاته ومشاعره وصراعاته الحالية . ويبقى العلاج الأساسي الموجه نحو «إزالة

الأعراض» والذي يعتمد على «الأساليب الإيحائية العامة» . . ويمكن استعمال عدد من الأدوات والتقنيات لزيادة تأثير الإيحاء مثل التنبيه الكهربائي والحقن العضلية والأساليب الدينية مثل أن يطلب من المريض الذي فقد صوته قراءة الفاتحة أو الاستغفار بشكل متكرر والإصرار على ذلك إلى أن ينطق بالكلام .

ويفيد إعطاء أحد المهدئات من زمرة «البنزوديازپين» مثل «الڤاليوم» و «أتيڤان» على شكل حقنة وريدية يجري من خلالها التأكيد على زوال الأعراض وشفائها بشكل إيحائي إضافة لفائدتها في إطلاق التعبير الانفعالي عن الذكريات الخاصة والصراعات النفسية والانفعالات المؤلمة . ويستعمل أيضاً «الأمفتامين» و «أميتال الصوديوم» لهذا الغرض ونسبة الشفاء وزوال الأعراض أكثر من ٨٥٪ من الحالات .

كما يفيد التنويم الإيحائي غير الدوائي (Hypnotherpy) والعلاج النفسي الداعم قصير الأمد .

ولابد من تقدير حالة المريض والضغوط الحالية التي يواجهها وأيضاً الرضوض النفسية والآلام التي يعيشها قبل محاولة «شفاء المريض بالقوة»، لأن هذه الأعراض يمكن لها أن تخدم المريض وأن تكون ضرورية . ومن الممكن تأجيل الأساليب الإيحائية التي تهدف إلى الشفاء الفوري عدة أيام أو أكثر والإتفاق مع المريض على ضرورة بحث المشكلات الشخصية والنفسية التي يعانيها

بأسلوب مفيد وتعاوني ومن ثم مواجهة الأعراض المرضية إيحائياً . وأما مواجهة المريض بأن «أعراضه ليست عضوية وأنه سليم تماماً » فلا يفيد ويزيد من الدفاعية والكبت ، والأفضل إعطاء تفسيرات مفهومة ومبسطة مثل «حدوث تشنج مؤقت في البلعوم والحنجرة واللسان يسبب الإرهاق والتعب العصبي في حالات فقد الصوت وأن ذلك سيزول حتماً» .

ومن الملاحظ أن كثيراً من حالات الاضطراب التحويلي في بلادنا تجد تفسيراتها في المفاهيم الشعبية عن العين والجن والحسد وغير ذلك ، وأن كثيراً من هذه الحالات تعالج من قبل المعالجين الشعبيين بأساليب عديدة وغريبة ، وبعض هذه الحالات تتحسن بتأثير الإيحاء و بعضها الآخر لا يستجيب لمثل هذه العلاجات .

ومن المفيد تطبيق مبادىء العلاج الطبيعي والتأهيلي بالسرعة الممكنة في حالات الشلل والضعف العضلي والتشنج وغيرها ، وعدم استعمال «العكاز» والكرسي المتحرك في حالات الضعف العضلي والشلل . والبدء الفوري بتحريك الأطراف وتدريبها بالتدريج مما يساعد على تقصير مدة الأعراض ويمنع إزمانها .

وتفيد بعض الأساليب السلوكية مثل الاسترخاء العضلي والتنفس العميق والعلاج التنفيري (Aversion Therapy) وأساليب الثواب والعقاب .

ويجب الانتباه إلى «المكاسب الثانوية» التي يجنيها المريض، ومعرفة سلوك الأهل والمحيطين بالمريض وتعديل الأساليب المؤكده للمرض من قبل المحيط . وإذا كان ذلك صعباً فمن المفيد عزل المريض عن بيئته مؤقتاً وإدخاله المشفى ، وتكرار الجهود فيما بعد مع الأهل والمحيط لتعديل الأساليب الخاطئة وإتاحة الفرصة لحل المشكلات ومواجهتها في البيئة المحيطة بالمريض بالحوارات والجهود الفعالة والأساليب الصحية مما يساهم في منع إزمان المرض وفي التخفيف من انتكاسه .

وفي بعض الحالات يحتاج المريض إلى علاج نفسي طويل ، وأيضاً إلى علاج الحالات الاكتئابية المتوسطة والشديدة والتي يمكن أن ترافق حالات الاضطراب التحويلي وتقدر نسبتها من ١٠-٣٠٪ من الحالات .

وبشكل عام يمكننا القول بأن الاضطرابات التحويلية ذات إنذار جيد وشفاء تام إذا كانت حديثة الظهور ، وإذا ترافقت مع الضغوط النفسية والبيئية الطارئة، وإذا كان الأداء جيداً قبل ظهور الأعراض، وفي حال غياب الاضطرابات النفسية والشخصية الشديدة .

☆ ملحق

التفريق بين مرضى الصرع والنوبات الشبيهة بالصرع نفسية المنشأ

	الأمور التشخيصية	النوبات الشبيهة بالصرع نفسيه المنشأ (الهستيريا)	مرض الصرع
(١) التاريخ المرضي	العمر	ليس قبل سن ٤ سنوات . نادر بعد سن ٥٠ سنة	
	الجنس	أنثى ++	ذكر +
	الإيذاء الجنسي- عقد جنسية	+	
	الشخصية ●	شخصية هيستريائية - شخصية اعتمادية - شخصية مضادة للمجتمع ؟ شخصية مضطربة	
	القصة العائلية ●	اضطرابات نفسية	
	القصة المرضية العضوية	+	++
	القصة المرضية النفسية	اضطربات تحويلية - اكتئاب - محاولات انتحار	
	لتعرف على النوبة من قبل المريض	في البيت أو في العمل - العاملون في الخدمات الطبية المساعدة .	
	الضغوط النفسية الاجتماعية	+++	+
	تكرار النوبات	متغيرة التكرار ربما تكون النوبات أكثر تكرراً من الصرع	متغيرة - نادراً عدة مرات في اليوم الواحد إلا في الحالة الصرعية المتكررة دون توقف .
	التجاوب مع العلاج	- متغيرة التجاوب وغير ثابتة غير مرتبطة بالعلاج .	++ تتجاوب مع العلاج ولاسيما إذا كانت كمية الدواء مناسبة وفقاً لمستواه في الدم
	المكاسب الثانوية	+++	+؟
(٢) وصف النوبات	العلامات المنذرة للنوبة	أعراض متغيرة	أعراض ثابتة متكررة
	البدء	تدريجياً	فجائي
	الصرخة ●	أثناء النوبة ومتكررة في نفس النوبة .	في بداية النوبة
	الاختلاجات	اختلاجات تبدو ذات هدف - دفع - رفس - ضرب - التقلصات التوترية الاشتدادية غير شائعة .	تقلصات توترية اشتدادية ثم حركات (رمعية) نفضات .
	الكلام ●	يمكن أن يكون مترابطاً	كلام متقطع

☆ إعداد د . حسان المالح ١٩٩٧م

الأمور التشخيصية		النوبات الشبيهة بالصرع نفسيه المنشأ (الهستيريا)	مرض الصرع
تابع وصف النوبات	عرض للانفعالات	++	
	خروج الزبد من الفم	+	++
	عض اللسان	عض الفم وعض الآخرين	++
	الكدمات والاصابات	يمكن أن تحدث وليس بالضرورة إصابة موضع السقوط	متكررة في موضع السقوط
	صفات النوبة وشكلها العام	نوبات هستيريائية	نوبات صرعية
	التبول أو التبرز	+	+++
	المدة ●	أطول مدة ويمكن أن تستمر ساعات	دقائق
	نمط النوبات	متغير	متشابه ومتكرر
(٣) بعد النوبة	الأعراض ●	واعي - انفعالي - تذكر؟	تغيم الوعي - آلام - نوم - عدم تذكر
	الفحص ●	عند محاولة فتح العينين نجد أن العينين تتجه بإصرار نحو الأعلى	غياب المنعكسات (بابنسكي - القرنية)
(٤) تخطيط الدماغ	ما بين النوبات	غالباً طبيعي - حوالي ٣-١٠٪ من الطبيعيين يكون التخطيط غير طبيعي	٦٠٪ من المرض غير طبيعي (تخطيط لمدة ٢٠دقيقة) ٨٠٪ من المرضى غير طبيعي (تخطيط لمدة ٣٠٠دقيقة)
	أثناء النوبة ●	طبيعي	تخطيط مرضي غير طبيعي - في حال الصرع الجزئي؟
	بعد النوبة ●	طبيعي	غير طبيعي
(٥) إحداث النوبة	إحداث للنوبة	الإيحاء - التنويم الإيحائي	مثيرات غريبة انعكاسية - ضوء وغيره
(٦) إجهاض النوبة	إجهاض للنوبة ●	استنشاق الأمونيا أو رائحة واخزة - الإيحاء - الأوامر الكلامية	أمر كلامي أو صفعة خفيفة في حالات الغياب أو الصرع الصغير
(٧) هرمون البرولاكتين	مستوى البرولاكتين بالدم ●	-	+++
(٨) أمور أخرى	النوبة أثناء النوم	-	+++
	النوبة وحيداً	- ؟	+++
	؟؟؟		

تعتبر الملاحظات السابقة نقاطاً عامة توجيهية للتفريق بين النوبات الاختلاجية الصرعية والنوبات شبيهة بالصرع الهستيريائية، أو المسماة بالنوبات الاختلاجية النفسية المنشأ (Pseudo Seizures) أو (Psychogenic Seizures) والفقرات المشار إليها ● (دائرة) لها أهمية خاصة تشخيصية .

ولايغني مثل هذا الجدول (على شموليته) عن التدريب والممارسة العملية والعيادية والخبرة في هذا المجال .

وفيما يلي بعض المصطلحات الطبية الواردة فيه ومعانيها في اللغة الإنجليزية: المكاسب الثانوية (Secondary gain) ، تقلصات توترية (Tonic) ، الحركات الرمعية (Clonic) ، النفضات (Jerking) ، إحداث النوبة (Fit's induction) ، إجهاض النوبة (Fit's Abortion) ، حالات الغياب (Abscence Attaks) ، الصرع الصغير (Petit Mal) ، هرمون البرولاكتين (Prolactin) .

١٠ المخاوف المرضية .. ملاحظات ☆

في البداية لابد لي من توجيه بطاقة تهنئة وشكر لجميع العاملين والمشرفين على موضوعات إعداد ونشر الاستبيانات الميدانية في جريدة عكاظ ، ومعرفة آراء الجمهور العريض في مواضيع حيوية وعلمية وفيما يتعلق بالأمور النفسية على وجه الخصوص . مما يدل على اتباع أحدث الأساليب العلمية في الميدان الصحفي وكل ذلك يحقق نجاحات أفضل في تطوير الوعي العلمي والتواصل الفعال مع القراء .

ونتائج الاستبيان الحالي (أنظر الملحق) المتعلق بظاهرة الخوف المرضي أو الرهاب يمكن لها أن تحظى بمزيد من التحليل والدراسة لمن شاء البحث والتعمق . والملاحظات الأولية تشير إلى عدة نقاط . .

أولاً : يبدو أن كثيراً من أفراد العينة التي أجابت على الاستبيان لايفرق بين الخوف والقلق . . والحقيقة أنهما مختلفان فالقلق يعني التوتر وتوقع الخطر بشكل عام وعائم ، بينما يعني الخوف القلق والرهبة من موضوع معين ومحدد . وفي الاستعمال اللغوي الدارج يجري المزج بينهما دون تحديد . . ولابأس بتكوين درجة من الوعي النفسي واكتساب الثقافة . . فالعلم نور دائماً . .

☆ هذا المقال مأخوذ عن مقال للمؤلف منشور في جريدة عكاظ السعودية بتاريخ ١١/٧/١٩٩٦م

ثانياً : انتشار المخاوف المرضية عند الإناث أكثر من الذكور . . وهذه ملاحظة علمية متكررة حيث تبلغ نسبة المخاوف المرضية بشكل عام ضعفها مقارنة بالذكور .

ثالثاً : تتساوى نسبة المخاوف بين الرجال والنساء فيما يتعلق بالخوف من الحديث أمام جمع كبير من الناس، وهذا ما يعرف بالخوف الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي . . وهو واسع الانتشار في مجتمعنا، وعديد ممن يراجعون العيادات النفسية يشكون من هذا الاضطراب (تصل نسبتهم إلى ١٥٪ من المراجعين) . وهذا الاضطراب له درجات من الشدة وبعضها معطل للإنسان وطاقاته وقدراته حيث يمتنع المريض عن المشاركة في المناسبات الاجتماعية أو أنه يجلس صامتاً مرتبكاً ومتوتراً يتحين الفرصة للانسحاب . . وهو يبتعد عن الأضواء قدر الإمكان خشية أن يتكلم أو يحرج إذا ما توجهت إليه الأنظار . والمعاناة هنا شديدة ومؤلمة، وكثير لديهم إمكانيات عقلية وذكاء ومهارات ولكن لايستطيعون التعبير عنها أمام الآخرين . وفي ذلك هدر للطاقات وضياع للمهارات والآراء المفيدة . وتلعب العوامل التربوية دوراً مهماً في تطور هذا الاضطراب مثل النقد الشديد وعدم التشجيع أمام الآخرين وأيضاً عدم إتاحة الفرص المناسبة لتحقيق الشخصية وإبداء الرأي وغير ذلك مما يمكن تجنبه في محيط الأسرة والمدرسة والعمل . . وفي كتابي الخوف

الاجتماعي (الخجل) تفاصيل مفيدة حول هذا الاضطراب وأسبابه وتشخيصه وطرق العلاج وكيف يمكن للإنسان أن يعالج نفسه بنفسه أيضاً .

رابعاً : معظم أفراد العينة لم تسمع بظاهرة الخوف من الأماكن المكشوفة . . وهذه نتيجة تستحق الاهتمام . ذلك لأن هذا الاضطراب واسع الانتشار في المجتمعات الغربية ولعله نال دراسات أكثر من اضطرابات الخوف الأخرى وتسميته تدل على درجة من الغموض ويمكن الدلالة عنه بتعبير «الخوف من الخروج من المنزل» أو «الخوف من السوق» أو «الخوف المتعدد» . وهو يعني خوف الإنسان من الذهاب إلى الأسواق أو الأماكن العامة أو الركوب في وسائل المواصلات حيث يخشى أن يصاب بنوبة من القلق والتوتر وفقد السيطرة على نفسه إذا كان وحيداً ، ولايستطيع تمالك أعصابه أو التصرف بشكل جيد إذا كان هناك صعوبة في الانسحاب من الموقف وفي إيجاد ملجأ آمن . وهكذا تتحدد حياة المصاب وبعضهم يبقى «حبيس المنزل» في الحالات الشديدة أو يعود في منتصف الطريق عند ذهابه للعمل أو غير ذلك .

وهو منتشر بنسبة ثلاثة أضعاف عند النساء مقارنة مع الرجال في المجتمعات الغربية ، ويبدو أن هذا الاضطراب قليل

الانتشار في مجتمعاتنا وربما يساعد خروج المرأة مع أهلها والآخرين على السيطرة على هذا الخوف وعدم استفحاله . وفي العيادة نجد نماذجاً مختلفة من هذا الاضطراب عند الرجال وعند النساء وكثير منهم يشكون من الهلع والاكتئاب والمشكلات الزوجية وغير ذلك .

خامساً : بعض الإجابات تحدثت عن الخوف من الذئب مثلاً، كما أن عدداً من أسئلة الاستبيان كانت عامةً حول الخوف وغير دقيقة مثل هل تخاف من رؤية الثعبان وهل ترهب الحديث أمام جمع كبير من الناس . . . وغير ذلك . . .

وهنا لابد من التأكيد على ضرورة التفريق بين الخوف الطبيعي والخوف المرضي . . «فالإنسان العاقل يخاف»، ويخاف من الذئب والثعبان وغير ذلك . والخوف فطرة طبيعية وشعور مفيد يساعد الإنسان على إدراك الخطر ومن ثم تجنبه ودرء شروره . . والجاهل والطفل والأبله لايقدر الخطر ولايخاف لذلك فهو يحتاج إلى تعليم وتذكير وتدريب كي يدرك الخطر ويتفاداه . . والخوف المرضي يختلف عن الخوف الطبيعي في شدته ودرجة تعطيله للإنسان وأنه غير منطقي لايتناسب مع الخطر الحقيقي . . فهو شعور مبالغ فيه ومتطرف ولايمكن السيطرة عليه بسهولة بالإرداة والطلب الفوري .

سادساً : لابد من الإشارة إلى أن هناك اختلافاً في مضمون المخاوف وفقاً للبيئة الجغرافية والثقافية، فالخوف من العناكب والرعد والبرق والخوف من الإيدز أقل انتشاراً في مجتمعاتنا مقارنة مع المجتمعات الغربية . كما أن الخوف من الغول والعين والسحر والحسد والجان أكثر انتشاراً من الغرب .

وهناك عدد من الملاحظات الأخرى التي تستحق الدراسة والتعمق لتحديد هذه الاختلافات وتفسيراتها .

سابعاً : أجاب ربع أفراد العينة من الرجال والنساء بأنهم يخافون من ركوب المصعد الكهربائي لأنه ربما يتوقف فجأة . . ولذا فهم يلجأون دائماً إلى صعود السلالم العادية رغم ما فيها من مشقة وجهد وخاصة لكبار السن . وفي ذلك نتيجة هامة تستحق النظر والتحليل . . والنسبة مرتفعة ومدهشة مقارنة مع المجتمعات الأخرى . . وربما يعود ذلك إلى حداثة استعمال المصعد الكهربائي بشكل عام أو إهمال الصيانة أو عدم توفر الخدمة الفورية لتحريك المصعد وفتح أبوابه . وربما يكون للتهويل والمبالغة والشائعات التي يسردها الناس حول قصص واقعية حدثت بالفعل وتناقلتها الألسنة والعقول بشكل مرعب منذ قدوم هذا «الكائن الغريب الجديد» المصعد الكهربائي . ومهما كانت التفسيرات فلا بد

من الاهتمام بهذه الظاهرة وتفهمها ووضع الحلول المناسبة للحد منها ، مثل ضرورة توفر وسائل السلامة وزيادة الوعي العام في كيفية استعمال المصعد وتطويعه لخدمة الإنسان بدلاً من أن يكون موضوع رعب وخوف وأذى .

ثامناً : ذكرت بعض الإجابات الخوف من الأدوات الكهربائية بما فيها «الأفياش» والمكنسة الكهربائية وأن إحدى السيدات تستعين بالجيران للضغط على الأزرار . . ويرتبط هذا الخوف عادة بما يسمى بالخوف الوسواسي وضرورة التأكد من وضعية الأدوات والأبواب والنوافذ وغير ذلك . وبالطبع فإن التأكد لمرة واحدة يكفي عادة في الحالات الطبيعية . وربما يحتاج المريض أن يتأكد عدداً من المرات دون أن يهدأ له بال فهو يكرر التفقد والتثبت من عدم وجود الخطر ولكن لايصل إلى درجة اليقين إلا بعد التعب والإرهاق وضياع الوقت والجهد مما يجعله في بعض الأحيان يبتعد عن موضوع خوفه ويتجنبه كلياً . ويشبه ذلك الوسوسة بالأمراض أو توهم المرض والقيام بعديد من الزيارات إلى المؤسسات الطبية المختلفة وإجراء الفحوصات بحثاً عن التطمين من أنه لايشكو من مرض خطير ولكن ذلك التطمين لايلبث أن يزول وتستيقظ المخاوف ثانية وتتكرر المعاناة . وهذه الحالات تحتاج لعلاجات نفسية خاصة وهي تختلف عن المخاوف المرضية الاعتيادية .

تاسعاً : ظهرت في بعض الإجابات حالات غريبة من الخوف . . مثل الخوف من النظر إلى المرآة . . أو الخوف من دخول الحمام والاستحمام خشية انفجار السخان الكهربائي . . وربما لاتتيح الإجابات المختصرة مزيداً من المعلومات حول التفاصيل المرتبطة بذلك . . ولكنه يمكن القول بأن غرابة تلك المخاوف ربما يشير إلى أعراض عقلية واضطراب في طريقة التفكير مما يجعلنا نتحدث عن اضطرابات نفسية شديدة لاتدخل ضمن المخاوف المرضية العادية والتي تصنف ضمن الاضطرابات النفسية الصغرى أو البسيطة . ويسهل التفريق عادة بين هذه الاضطرابات وربما يحتاج المرء إلى مراجعة أخصائي نفسي لفحص الحالة وتقدير شدتها وتشخيصها ومن ثم علاجها .

وأخيراً . . فإن المخاوف المرضية واسعة الانتشار وهي تأخذ أشكالاً متعددة ومنها الخوف البسيط المحدد مثل الخوف من الحيوانات، وبعض الظاهرات الطبيعية مثل الظلام والكسوف والرعد والمطر وغيرها ، وأيضاً ركوب الطائرة أو الخوف من التقيؤ في الأماكن العامة والخوف من الذهاب إلى طبيب الأسنان. وهذه المخاوف تصل نسبتها إلى ٥ - ١٥٪ عند الرجال و ١٠ - ٢٥٪ عند النساء في الدراسات الغربية . وكثير من هذه المخاوف تنشأ منذ الطفولة عند الجنسين، وتختفي عند سن

المراهقة بشكل أكثر عند الذكور ، ويستمر عدد منها إلى سن الكهولة والشيخوخة ما لم يعالج .

وكثير من حالات الخوف المحدد البسيط لايراجعون العيادات النفسية مالم تؤثر هذه المخاوف على أدائهم العملي حيث يتكيف الإنسان مع مخاوفه ويبتعد عن مثيرات الخوف قدر استطاعته .

وهناك الخوف الاجتماعي وهو أكثر تعقيداً من الخوف البسيط ونتائجه النفسية والعملية أعظم ضرراً .

وهناك الخوف المتعدد من الخروج إلى السوق وغير ذلك وهو خوف مركب ويمكن أن يكون معطلاً . وتتعدد أسباب المخاوف المرضية ويلعب القلق دوراً هاماً في تكوينها حيث تلعب العوامل العصبية والحساسية العامة دوراً هاماً لحدوث التعلم الخاطىء وارتباط المثيرات الاعتيادية بردود فعل القلق الشديد ومن ثم استباق الخوف وتوقع حدوثه وبعد ذلك ظهور سلوك التجنب . وتلعب التربية دوراً هاماً في تثبت عدد من المخاوف واستمراريتها وأيضاً في نشوء بعضها الآخر . حيث تساعد الاعتمادية الزائدة على الآخرين في ضعف الثقة بالنفس وعدم تطوير قدرات التكيف والتعامل مع الأمور التي تبعث على القلق والخوف . كما أن التخويف المستمر ووسائل العقاب الشديدة تترك آثاراً عميقة ومستمرة في التكوين العصبي والنفسي للفرد يستقبل معها

أحداث الحياة وموضوعاتها بدرجة عالية من الترقب والتوجس وعدم الأمان .

كما أن الخلافات الزوجية والبيئية التي يسودها عدم الأمان والاستقرار تزيد من القلق والتوتر عند الأفراد مما يجعلهم عرضة لأنواع المخاوف والقلق وغير ذلك من الاضطرابات .

كما تلعب الصدمات الخاصة التي يتعرض لها الفرد دوراً هاماً في نشوء المخاوف المرضية كأن يتعرض الشخص الناضج «لركلة حصان» تجعله يخشى الخيول فيما بعد .

وتعتمد أساليب العلاج بشكل أساسي على التعرض التدريجي أو الكامل للموقف المثيرللخوف وهذا مايسمى (بإزالة الحساسية) ويمكن للفرد نفسه أن يعالج نفسه بنفسه بأن يتبنى موقف المواجه والمهاجم بدلاً عن الهروب والتجنب والدفاع . ويمكن أن يكون ذلك بإشراف المعالج وتحت توجيهاته . . كما أن هناك عدداً من الأدوية النفسية التي تساعد على التغلب على المخاوف . . ويبدو أن التدريب البسيط على التحكم بالتنفس والتنفس العميق الهادىء أو إخراج الهواء من الصدر ثم سحب كمية كبيرة من الشهيق يساعد كثيراً على تماسك الإنسان وتخفيف قلقه وخوفه لأن الهواء مادة مهدئة تعاكس تأثير الخوف الذي يزيد من ضربات القلب ويجعل التنفس سطحياً غير عميق . ويشكل ذلك سلاحاً طبيعياً فيزيولوجياً لمقاومة الخوف .

كما أن التفكير الإيجابي والتحكم بالأفكار التلقائية السلبية التي تظهر عند مواجهة الموقف المخيف ، أثر علاجي يساعد المريض على التخلي عن مخاوفه وتعديل أفكاره عنها .

ويبقى الشعور بالأمان والاطمئنان هدفاً عميقاً يسعى له الإنسان ويرجوه وهو يحارب الخوف والخطر ويظن أنه في منأى عنه . . ولابد من الخوف والرجاء في الحياة البشرية حيث يستمد الإنسان قوته من خالقه يخشى عقابه ويطمح بثوابه .

☆ ملحق

استبيان عن ظاهرة الخوف المرضي (الرهاب)

جريدة عكاظ/ ٢٥ صفر ١٤١٧هـ - ١١ يوليو ١٩٩٦م

السن :　　　النوع : ☐ ذكر　　　☐ أنثى

المؤهل العلمي :

الحالة الاجتماعية :

ه‍ل تعرف الفرق بين الخوف والقلق ؟ ☐كلاهما واحد .
القلق سببه غامض والخوف مصدره معروف . ☐ لا أعرف .
هل تخشى من ركوب الطائرة ؟ ☐ نعم ☐ لا
هل تخاف من الاصابة بالأمراض المستعصية دون مقدمات تذكر؟
☐ نعم ☐ لا
هل تخاف من رؤية الثعبان؟ ☐ نعم ☐ لا
هل تشعر بالخوف من الأماكن المرتفعة؟ ☐ نعم ☐ لا
هل ترهب الحديث أمام جمع كبير من الناس؟ ☐ نعم ☐ لا
هل تتحاشى زيارة المرضى خوفاً من العدوى في حالة الأمراض المعدية؟
☐نعم ☐ لا
هل تخشى من ركوب المصعد الكهربائي لأنه ربما توقف بك فجأة؟
☐نعم ☐ لا
هل تخاف من هطول الأمطار بغزارة؟ ☐نعم ☐ لا
هل تخشى من السير في الأرض الخلاء؟ ☐ نعم ☐ لا
هل تخاف من الظلام الداكن؟ ☐ نعم ☐ لا
هل هناك حيوانات معينة تخاف منها؟ اذكرها . .
نعم☐ والحيوانات هي (...............................)
هل تخاف من إطالة النظر إلي مياه البحر؟ ☐نعم ☐ لا
هل سمعت عن ما يعرف بالخوف من الأماكن المكشوفة؟☐نعم ☐ لا
هل هناك أشياء أخرى تشعر بالخوف منها؟ اذكرها
١-
٢-
٣-
هل تعتقد أن التنشئة الاجتماعية للأطفال لها علاقة بمرض الخوف؟
☐ نعم ☐ لا
هل للمؤسسات التعليمية خاصة في السن الصغير دور في القضاء على تلك الظاهرة لدى الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

١١ الاضطراب التصنعي .. «قطع من الزجاج تخرج من عين البنت الصغيرة حسناء»

إن حالة البنت الصغيرة (حسناء) وفقاً للمعلومات المنشورة حول قصتها في الصحف وهي أن «قطعاً من الزجاج تنزل من عينها اليسرى» هي حالة معروفة في الطب النفسي . . وهي ليست نادرة . . وتأخذ أشكالاً غريبة ومثيرة ومحيرة في كثير من الأحيان إلى أن يتوصل أحد الأطباء أو مساعديهم أو من هو قريب من المريض إلى أن المريض نفسه يُحدث الأعراض المرضية بطريقة أو بأخرى .

وهذه الحالات تعرف باسم «متلازمة منشهاوزن» "Munchausen Syndrome" أو (الاضطراب التصنعي) ، حيث أن الأعراض المرضية الغريبة هي أعراض مصطنعة وغير حقيقية . ويفرق هذا الاضطراب عن «التمارض» أو ادعاء المرض بأنه لايوجد غاية واضحة ومكسب مادي أو معنوي مباشر مثل حالات التمارض ، بل إن الهدف الأساسي من أحداث الأعراض المرضية هو تبني موقف «أنني مريض» أو «أنني مريضة» لأسباب نفسية وتربوية واجتماعية متعددة .

وعادة تنتشر هذه الحالات بنسب متشابهة بين الذكور والإناث ، وهؤلاء المرضى يراجعون عدداً من الأطباء

والمستشفيات وفي كثير من الحالات لايحدث التشخيص الصحيح . وعدد من هذه الحالات تصبح مزمنة وتكرر الأعراض المرضية بأشكال أخرى غير التي ظهرت في المرات السابقة . وبعض الحالات لاتتكرر بعد اكتشافها وتشخيصها وعلاجها . وبعض الحالات تأخذ أعراضاً نفسية شديدة وبعضها يظهر بأعراض جسمية وعضوية وبعضها الآخر يظهر بمزيج من الأعراض السابقة . وفي بعض الحالات يحدث أن تشارك الأم وابنتها أو الأم وابنها في إحداث اعراض مرضية معينة كما في قصة الفتاة التي كان يخرج من أذنيها خيوطاً طويلة في مدينة جدة قبل عدة سنوات .

وبعض المرضى يحدثون خراجات والتهابات تحت الجلد بواسطة حقن مواد ملوثة تحت الجلد ومن ثم يراجعون الأطباء وهم يتألمون ويشتكون من أعراضهم ويخضعون لعدد من الفحوصات المخبرية وغيرها .

ومما لاشك فيه أن هذه الحالات مثيرة وعجيبة وصعبة في كثير من الأحيان ومن الأهمية في العلاج مواجهة المريض ومصارحته بالتشخيص وبأنه مسؤول عن إحداث الأعراض المرضية . والمرحلة الثانية من العلاج تتعلق بدراسة ظروف المريض وذكرياته وبيئته والضغوط النفسية التي يتعرض لها . وأيضاً تقديم العون له كي يتخلى عن الاستمرار في «دور المريض»

وذلك من خـلال مسـاعـدة النمـو النفسي والنضج الانفـعـالي والسلوكي وتحمل المسؤوليات الاعتيادية بشكل تدريجي وناجح . وبالطبع فإن العلاج صعب في كثير من الحالات ويبقى التنبه لمثل هذه الحالات وتشخيصها بشكل صحيح أهمية كبيرة بالنسبة للأطباء والأهل والمريض نفسه .

١٢ العلاج النفسي المعرفي في الممارسة العيادية .. مراجعة عامة ☆

مقدمة :

ترتبط الاتجاهات العلاجية في ميدان الاضطرابات النفسية بعدة مذاهب . . ويمكن تلخيصها بالاتجاهات العضوية الكيميائية والاتجاهات النفسية البحتة والاتجاهات الاجتماعية الثقافية وأخيراً الاتجاهات الدينية والفلسفية .

والحقيقة أن كل اتجاه يرتبط بعدد من الاتجاهات الفرعية والتي تمثل تطويراً أو تنويعاً للاتجاه العام ومبادئه وأساليبه .

وبعض المعالجين يتمتع بنظرة ضيقة . . للاضطرابات النفسية وكيفية علاجها ، وهو يتعصب لاتجاهه ومذهبه ويغفل الاتجاهات الأخرى وإمكانية نجاحها وفوائدها . .

والاتجاه الحديث في فهم الاضطرابات النفسية أكثر مرونة وانفتاحاً على مختلف النظريات والاتجاهات المتعددة وهو ما يسمى بالاتجاه الانتقائي أو التكاملي . حيث تشترك عوامل عديدة في نشوء الاضطراب النفسي واستمراريته ، مثل العوامل العضوية والوراثية والنفسية والاجتماعية والفكرية . ولايمكننا عزل الإنسان عن مكوناته المختلفة واعتباره مثلاً مادة فقط . .

☆ هذا المقال مأخوذ بتصرف عن محاضرة للمؤلف باللغة الإنكليزية في منتدى جدة للأطباء النفسيين ١٩٩٦م .

والعلاج النفسي(غير الدوائي) (Psychotherapy) له تاريخ طويل . . وهناك عديد من النظريات النفسية التي تفسر تركيبة الإنسان وسلوكه المرضي واضطرابه النفسي . . وفي الوقت الحالي لدينا أكثر من مئة مدرسة أو نظرية نفسية علاجية .

والأطباء النفسيون (Psychiatrists) كان لهم دور هام في التأكيد على فهم الإنسان من الناحية النفسية . وقد طوروا عدداً من النظريات والأساليب العلاجية ومنهم (أدولف ماير) ونظريته النفسية العضوية و (سوليفان) ونظرية العلاقات الشخصية ، وأيضاً (وولب) والنظرية السلوكية إضافة (لأيزك ماركس) في مجال العلاج السلوكي و(فرويد) ونظرية التحليل النفسي و (بيك) والنظرية المعرفية العلاجية .

ويمكننا أن نرسم خطوطاً عريضة لميدان العلاج النفسي ومدراسه المختلفة وأن نقسم هذه المدارس إلى ثلاث مجموعات أساسية وهي :

١ - العلاج النفسي الداعم (Supportive Psychotherapy) :
ويقوم على دعم البنية النفسية للمريض وتركيبته الدفاعية وأساليبه النفسية الاعتيادية . وأيضاً يحاول تطوير أساليب أخرى في الشخصية وفي الدفاعات النفسية للوصول إلى مزيد من الضبط والسيطرة على التفاعلات النفسية والأزمات

التي يتعرض لها . وأخيراً يهدف هذا النوع من العلاج إلى استعادة التوازن والتكيف العام .

والأساليب العلاجية التي ترتبط بهذا الاتجاه عديدة ويمكن أن ينطوي تحته أساليب التطمين (Reassurance) وتعديل الظروف المحيطة (Environmental Manipulation) وتطوير الميول والهوايات (Externalization of interst) والضغط والحث والمتابعة (Pressure, Persuasion) والتفريغ الانفعالي (Emotional Catharsis) والإيحاء النفسي (Suggestion) والإيحاء التنويمي (Hypnotic Suggestion) والاسترخاء العضلي (Muscular Relaxation) والعلاج بالماء والتدليك . . وغير ذلك .

٢- العلاج النفسي التعليمي (Reeducative Therapy) : أو العلاج النفسي الذي يعتمد على إعادة التعلم . ويقوم على التأكيد على بذل الجهود وتعلم أساليب جديدة للوصول إلى أهداف محددة تتمثل في تكيف أفضل وفي تحقيق الإنسان لقدراته الشخصية الكامنة ، وليس بالضرورة من خلال تحليل الصراعات النفسية الداخلية . ومن هذه الأساليب العلاج السلوكي (Behaviour) والعلاج بطريقة مركزية المريض (Client Centered) . وأيضاً الاستشارة العلاجية (Therapeutic counseling) والعلاج المعرفي

(Cognitive Therapy) والعـــــلاج الزوجي الأســــري (Marital, Family Therapy) والعـلاج التـمـثـيلي (Psychodrama) وأيضاً الأساليب العلاجية التي تقوم على مـبـاديء فلسـفـيـة مـثل العـلاج الوجـودي (Existential) والعلاج البوذي (Zen Buddhist) وغير ذلك .

٣- العلاج النفسي التحليلي (Reconstructive Therapy) : أو العـــلاج النفـسي الذي يهـدف إلى إعــادة ترتيب وتكوين التركيبة الداخلية للإنسان . وذلك من خلال فهم الصراعات النفسية العميقة واللاشعورية . والذي يهدف إلى تحقيق تغيير داخلي شامل ومتعمق في شخصية الإنسان مما يفتح آفاقاً جديدة في نمو الشخصية وتطور قدراتها التكيفية .

ومن هذه الأســـاليب التــحلـيل النفـــسي الفـــرويدي (Freudian Psychoanalysis) والتحليل النفسي بطريقة كلاين (Kleinian Analysis) والتـحليل النفـسي بطرق الفـرويدية الحديثة مثل أدلر - يونغ - رانك - فرينزي - رايش - سوليفان - هورني وغيرهم (New Freudian Psychoanalysis) . والعلاج النفسي التحليلي قصير الأمد (Shortterm Dynamic Psychotherpy) والعلاج النفسي المعتمد على التحليل النفسي (Psychoanalytic Oriented Psychotherapy) والعـلاج المعـتـمـد على تحليل المعاملات (Transactional Analysis) والعلاج الجماعي التحليلي

(Analyticgroup Therapy) إضـافـة للعـلاجـات المسـاعـدة التحليلية مـثل التـحليل بالتنويم الإيحـائي (Hypnoanalysis) والتـحليل بـالتنويم الـدوائي (Narcoanalysis) والعـلاج باللعب (Play Therapy) والعلاج بالفن (Art Therapy) .

صعوبات البحث العلمي في ميدان العلاج النفسي:

إن إجراء الأبحاث العلمية الدقيقة في ميدان العلاج النفسي يقابله صعوبات كثيرة وذلك مقارنة مع الأبحاث العلمية الأخرى في ميدان الطب النفسي .

ذلك لأن طبيعة العلاج ذاته تختلف عن أنواع العلاجات الأخرى (الأدوية مثلاً) وهناك صعوبات في تصنيف مجموعات المرضى إلى وحدات متشابهة (Sampling) . . حيث يمكن لمجموعات المرضى أن يتشابهوا في عدد من الأعراض المرضية المحددة والتي يمكن قياسها، ولكنهم يختلفون اختلافات عديدة في نواحي شخصيتهم وظروفهم وغير ذلك . والبحث العلمي يعتمد على وجود فئة المرضى التي تخضع لعلاج معين ومقارنتها بفئة أخرى لم تتلق ذلك العلاج أو تتلقى علاجاً آخر ، ومن ثم متابعة المرضى وملاحظة نتائج كل علاج حدة وإجراء المقارنات الاحصائية المتنوعة لمعرفة مدى فعالية نوعية العلاج والعوامل المرتبطة بالتحسن أو بعدم الاستجابة للعلاج وهكذا . .

وإضافة إلى صعوبة الحصول على مجموعة متجانسة من المرضى الخاضعين لنوع معين من العلاج النفسي نجد أن تحديد كمية «العلاج» (Quantity) ومقداره تواجهها صعوبات كبيرة . . لأن العلاج النفسي بحد ذاته يتعلق بعلاقة علاجية إيجابية مع المعالج والذي تختلف شخصيته وأسلوبه وطريقة تجاوبه مع المريض وأعراضه ومشكلاته . . وتعتمد الأبحاث على تحديد مقدار معين من الجلسات أو الساعات العلاجية بشكل تقريبي كما تعتمد على تحديد الأسلوب العام الذي يتبعه المعالج (Quantity)، ولكن بالطبع لايمكن الالتزام الحرفي بالطريقة العلاجية لأن العلاج النفسي يحتاج إلى المرونة والتجاوب من خلال العلاقة العلاجية مع المريض ، وليس العلاج النفسي كلمات محددة سلفاً وطريقة واحدة محددة يمكن تطبيقها بشكل متكرر وثابت مع كل مريض .

إضافة للصعوبات السابقة الذكر فإن هناك صعوبات تتعلق بموضوع مقاييس نتائج العلاج (Outcome measures) . والتحسن عادة يرتبط باختفاء الأعراض المرضية أو تحسنها وأيضاً بتطور قدرات المريض الشخصية وغير ذلك .

ولابد من الإشارة إلى أهمية العوامل العامة الخارجة عن العلاج نفسه من حيث تأثيرها على المريض وعلى تحسن حالته أو تدهورها . . وهذه العوامل يجب تصنيفها وبحثها لمعرفة مدى

تأثيرها على المريض . . مما يضيف أعباء إضافية في أبحاث العلاج النفسي .

ومن المعروف أن عدداً من الاضطرابات النفسية (والأمراض الجسمية العضوية أيضاً) يمكن لها أن تتحسن وأن تشفى بشكل تلقائي ومع مرور الزمن، أو بسبب تنشيط قوى الشفاء الذاتي والدفاعات الطبيعية التي يملكها الإنسان وهذا ما يسمى عادة الشفاء التلقائي (Spontanous recovery). ويجب الانتباه إلى هذه العملية التلقائية عند تطبيق أي نوع من العلاجات بما فيها العلاجات النفسية ، وربما تصل نسبة الشفاء هذه إلى ٣٠٪ من الاضطرابات البسيطة .

وهناك أيضاً تأثير التحسن الإيحائي أو تأثير العلاج الغُفل غير الفعّال (Placebo effects) وهو يعني حدوث تحسن (وأحياناً تدهور) في الأعراض المرضية التي يشكو منها المريض مع أنه تناول علاجاً خالياً من أية مادة كيميائية فعالة . . وهذا التأثير له أهمية خاصة في دراسة مختلف أنواع الأدوية والعلاجات في مختلف أمراض الإنسان .

وتبين الدراسات العلاجية عادة أهمية علاج معين من خلال تفوق نتائج العلاج المدروس بنسبة واضحة على فئة المرضى التي عولجت بعلاج غفل غير فعال .

وفي العلاج النفسي على اختلاف مدارسه فوائد علاجية ترتبط جزئياً بهذا التأثير الإيحائي، ولكن هذا التأثير لايمكن أن يفسر كل نتائج العلاج النفسي كعلاج له فعالية خاصة إيجابية . . وتدل الدراسات على أن هناك تأثيرات علاجية مفيدة ولكنها عامة وتشترك فيها معظم أنواع العلاج النفسي . . وهذه العوامل العلاجية العامة تتلخص بتأثير الثقة بالمعالج (Trust) وتأثير الأمل بالشفاء (Hope) وإحساس المريض بأن هناك من يفهمه ويعاونه (Understanding) إضافة إلى تأثير التنفيس عن المشاعر (Catharsis) أو إخراج الانفعالات الحبيسة، من خلال العلاج النفسي . وهذه العوامل السابقة يمكن وصفها بأنها عامة وغير نوعية (Nonspecific) .

وأما العوامل المؤثرة العلاجية النوعية والمحددة (Specific effects) فهي تتلخص بما يلي :

١ - التعلم (Learning) وهو تأثير محدد للعلاج النفسي ويعني تعلم المريض لما يفيده في السيطرة على الأعراض من أساليب جديدة وقدرات جديدة . وأيضاً اكتسابه لفهم جديد وإيجابي لمشكلاته وأعراضه مما يؤدي إلى تغير رؤيته لنفسه وللآخرين من حوله . وغير ذلك من أنواع التعلم المفيد الناتج عن تجربة العلاج النفسي .

٢ - التجربة الانفعالية والمعرفية التصحيحية (Corrective emotional and cognitive experience) :

وتعني أن العلاج النفسي والعلاقة العلاجية مع المعالج تمثل بالنسبة للمريض تجربة خاصة تصحيحية في ميدان العلاقة مع الآخر وما يرافق ذلك من انفعالات وأفكار . حيث أن الاضطرابات النفسية تمثل جروحاً انفعالية متنوعة العمق والاتساع في مجال العلاقات الشخصية مثل العلاقة مع الأم أو الأب أو الأخوة أو الآخرين والحياة بشكل عام . والتجربة العلاجية الناجحة تصحح رؤية المريض للآخرين والحياة وتجعلها أكثر واقعية وأكثر إيجابية ليس فقط من الناحية العقلية والفكرية والمعرفية وإنما من الناحية الانفعالية والمزاجية .

٣- إعادة تنظيم الجهاز العصبي (Neuronal reorganization)
تدل الدراسات والنظريات على أن العلاج النفسي الناجح يمكن أن يكون له أثر كيميائي عصبي في تركيبة الجهاز العصبي للمريض . فالعلاج النفسي ليس «كلاماً طيباً» يؤثر مؤقتاً ومن ثم يتلاشى أثره . والعلاج النفسي يمكن أن يؤثر في تكوين الإنسان نفسه وشخصيته وتفكيره إذا كان ناجحاً وإذا تجاوب المريض معه . وبالطبع فإن التفكير والانفعال والسلوك له جانب عضوي عصبي وكيميائي وكل ذلك يمكن أن يتعدل نشاطه ويصبح أكثر انتظاماً وتوافقاً وأكثر فعالية من خلال العلاج النفسي .

والخلاصة . . أن هناك صعوبات عديدة في إجراء الأبحاث الدقيقة العلمية في ميدان العلاج النفسي ولابد من التريث والحذر قبل إصدار التعميمات والنتائج والأحكام على طريقة علاجية معينة . . وعموم الدراسات تشير إلى فائدة العلاج النفسي وأهميته ، ولم يعد ينظر إليه على أنه إضاعة للوقت والمال والجهد كما كان ينظر من قبل . . فالنظرة الحالية أقل سلبية من قبل وقد ساعد على ذلك تطور البحث العلمي في مجال العلاج النفسي وتطبيق أساليب البحث المقارن الاحصائي على أنواع وأساليب العلاج النفسي ولاتزال الأبحاث الجارية في هذا الميدان . . وتبرز الحالة إلى ضرورة تحسين طرق إجراء الأبحاث وتذليل بعض الصعوبات التي تواجهها . . وقد تطور البحث العلمي في عدد من طرق العلاج النفسي ولدينا الآن نتائج مقنعة وإيجابية من خلال عدد من الدراسات المقارنة مع العلاج الدوائي ولاسيما في طرق العلاج السلوكي والمعرفي والعلاج التحليلي قصير الأمد والعلاج التفاعلي . ومن المتوقع أن يثمر البحث العلمي عن مزيد من الفهم والنظريات والنتائج والأساليب العلاجية المفيدة .

العلاج النفسي المعرفي (Cognitive Therapy) :

يرجع العلاج المعرفي بشكلة الحالي إلى أبحاث ونظريات ونشاطات الطبيب النفسي الأمريكي آرون بيك (A.Beck) في جامعة بنسلفانيا . حيث كانت بدايات هذه النظرية العلاجية في عام ١٩٥٩و ١٩٦١ بعد عدة دراسات وملاحظات حول الأفكار الاكتئابية في مضمون أحلام مرضي الاكتئاب ، وأن هؤلاء المرضى تكثر لديهم أحلام مضمونها النبذ والرفض والإحباط والإهمال والعقاب بشكل أكثر من الأسوياء . وقد تطورت النظرية والأبحاث المرتبطة بها فيما بعد إلى عام ١٩٧٩ حيث صدر كتاب هام «لبيك» وزملاؤه بعنوان (العلاج المعرفي للاكتئاب) وفيه تفاصيل عن هذه النظرية وعن تطبيقها في العلاج العيادي مما أحدث أثراً هاماً في كافة دوائر العلاج النفسي والطب النفسي .

وتقوم هذه النظرية العلاجية على عدة أسس ونظريات أخرى سبقت ظهورها . . وأول هذه الأسس «النظرة الشائعة العامة والبسيطة» (Common sense) وهي أننا نحن الذين نعطي المعنى أو المعاني للمواقف التي تمر بنا . . ونحن نعلق على تجربة أو موقف نعيشه بأنه سلبي أو إيجابي أي أن الفكرة الأساسية التي نؤلفها عن الأشياء التي حولنا تؤدي إلى انفعالات وعواطف وأفكار فرعية سلبية أو إيجابية . . اكتئابية أو غير ذلك . ومثل

ذلك أفكار ونظريات (أدلر - رانك - هورني) . وأيضاً نظرية «المفهوم الذاتي» للعالم (كيلي) ونظرية «العلاج المنطقي الانفعالي» للعالم (إليس) . وقد استفادت نظرية العلاج المعرفي من «التحليل النفسي» وأهمية الأفكار العميقة في تكوين الشخصية واضطراباتها وأيضاً من طريقة (روجرز) في الحوار مع المريض وتوجيه الأسئلة له، وأيضاً من «العلاج السلوكي» وتعديل السلوك المباشر ، ومن النظريات و«الأبحاث المعرفية» التي تبحث في تكوين الفكرة ونشوء الذاكرة وغير ذلك .

ويمكننا أن نصف طريقة العلاج المعرفي بعدة أوصاف . . ومنها أنها طريقة تعتمد على نشاط المعالج وفعاليته من خلال أسلوب توجيه الأسئلة وتوضيح الأفكار وترتيب البرنامج المناسب للنشاطات المطلوب أداؤها من المريض .

وأيضاً فإن العلاج المعرفي يهتم باللغة والحوار والكلمات التي يقولها المريض ومن ثم يجري التركيز على عدد من الأفكار والجمل والعبارات التي لها أهمية خاصة .

والعلاج المعرفي منظم وله خطة واضحة من حيث سير الجلسات العلاجية والخطوات المتتالية التي يجب الوصول إليها وتجاوزها إلى نهاية العلاج (كما سيأتي ذكر ذلك لاحقاً) .

كما أن العلاج المعرفي يهتم بالعلاقة العلاجية بين المريض

والمعالج ويؤكد على ضرورة وجود علاقة إيجابية وتعاونية . والمريض يشارك بالعملية العلاجية بشكل فعال حيث أن هدف العلاج هو اكتشاف المريض لأخطاء التفكير والأساليب السلبية المرضية في مضمون أفكاره وعاداته الذهنية . والعلاج المعرفي بالنتيجة يهدف إلى مساعدة المريض نفسه بنفسه في تعديل طرق تفكيره وهو بذلك يشجع الاعتماد عل النفس (بدلاً عن الاعتماد على المعالج) .

ويمكننا القول أن العلاج المعرفي هو أحد أنواع العلاجات النفسية قصيرة الأمد (Short term) فهو يحتاج إلى حوالي ١٥-٢٠ جلسة خلال ثلاثة أشهر إلى خمسة أشهر .

وأما المفاهيم الأساسية في العلاج النفسي المعرفي فهي أن «الأفكار الذاتية تؤثر على الحالة المزاجية وعلى السلوك» . وأن هناك «عادات خاطئة في التفكير» يتعود عليها الإنسان . وهذه «العادات العقلية» إضافة لمجموعة من «المفاهيم والقواعد الفكرية الجامدة» التي يحملها المريض تشكل حجر الأساس في «نشوء حالات الاضطراب النفسي» أو أن لها دور أساسياً في «استمرارية» حالات الاضطراب النفسي .

وهناك ما يسمى بالثلاثية المعرفية (Cognitive Triad) وهي الذات - الآخرون - المستقبل . وتعني أن الأفكار التي نحملها

تمثل حكماً وتعليقاً ورأياً يتعلق بالذات ، أو بالأشخاص الآخرين والمواقف التي نعيشها ، أو أن لها نظرة مستقبلية خاصة .

وقد أمكن استخلاص عدد من الأخطاء المعرفية الأساسية أو أخطاء التفكير وهي :

١ - الإستنتاج الإعتباطي (Arbitrary inferences) .
٢- التجريد الانتقائي (Selective abstraction) .
٣- التعميم (Over generalization) .
٤ - التضخيم- التقليل (التصغير) (Magnification-Minimization) .
٥ - (Personalization) التفكير الشخصاني (يجعله شخصياً) والإشارة إلى الشخص نفسه .
٦- التفكير الحدي (Dichotomous Thinking) .

ومعظم هذه المصطلحات سهلة الفهم وإن بدت صعبة ولتوضيح هذه الأخطاء المتكررة في التفكير اليومي الشائع نجد مثلاً أن الإنسان الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي والخوف والقلق عندما يكون موضع الانتباه من الآخرين أن كثيراً من أفكاره عن نفسه يمكن وضعها بأنها تمثل «تضخيماً» لنواقصه وعيوبه . . أو أنه «يضخم» أهمية الآخرين وقدراتهم وفي نفس الوقت «يصغر» نفسه ويقلل من قدراته وأهميته . وأيضاً فإن القلق الناتج عند الموظف بسبب برودة مقابلة المدير له يمكن أن نفهمه من خلال عدد من الأفكار التي تدور في ذهن الموظف

والتي تنقصها الدقة المنطقية مثل «ربما يريد أن يفصلني من العمل» أو «أنه غير راض عن عملي» وهاتان الفكرتان تمثلان «الاستنتاج الاعتباطي» الخاطىء وغير القائم على دليل واضح مقنع . . حيث أن الموظف قد استنتج من طريقة تصرف المدير أفكاراً مقلقة وخطيرة وكان من الممكن أن يفسر تصرف المدير معه وبرودته بتفسيرات أخرى . . مثل أن المدير منشغل الذهن بمشكلة ما أو أنه يعاني من ألم جسمي أو تعب وغير ذلك مما لايشكل خطراً أو قلقاً للمريض . وأيضاً ربما لايكون للموظف أية علاقة بحالة المدير وليس الموظف مقصوداً شخصياً بهذا البرود . . وهنا التفكير «الشخصاني الخاطىء» الذي يفهم الأشياء والتصرفات والمواقف بأنها تقصده هو وتشير إليه .

والتفكير الحدي يعني التفكير الجامد الذي لايقبل الوسط والمرونة والدرجات المتعددة بين النقيضين ، فالأمور ليست كلها شراً أو خيراً إهانة أو مديحاً وخطأ أو صواباً وكثير من الأمور نسبية ومختلفة في شدة شرها أو قبحها .

وفي العلاج المعرفي عدد من الطرق والأساليب لاستخلاص أخطاء التفكير وتحديدها ومن ثم تعديلها وتعديل الأفكار التي تؤثر على الحالة النفسية والمزاجية للمريض وأيضاً على سلوكه . . وسيأتي تفصيل ذلك فيما بعد .

وقد أثبت العلاج المعرفي فعاليته، وفي حالة الاكتئاب الكبير (Major Depression) بينت إحدى الدراسات أن العلاج المعرفي يتفوق بشكل طفيف على مضادات الاكتئاب الثلاثية في الأسبوع الثاني عشر من العلاج وأيضاً أن معدل الانتكاس وعودة النوبات الاكتئابية كان أقل في مجموعة المرضى التي تلقت العلاج المعرفي مقارنة بالمجموعة التي عولجت دوائياً وذلك بعد سنة من المتابعة للمرضى. وقد تكررت نتائج الأبحاث والدراسات التي تدعم هذه النتائج المذكورة حول فائدة العلاج المعرفي .

وقد تعددت الأبحاث والمقارنات بين مختلف طرق العلاج والعلاج النفسي المعرفي في عدد من الاضطرابات النفسية الشائعة ومنها في علاج حالات القلق الحاد أو الهلع (Panic disorder) وإحدى الدراسات الحديثة عام (١٩٩٠) وجدت أن العلاج المعرفي يتفوق على العلاج الدوائي بمادة (ألپرازولام) في حالات الهلع . بينما أوضحت دراسة أخرى أن دواء (فلوڤوكسامين) كانت نتائجه أفضل من العلاج المعرفي في حالات الهلع، وقد أجريت الدراسة على ٢٥ مريضاً فقط وكانت نسبة من خرجوا من العلاج ٣٠٪ في حالة العلاج المعرفي مقابل ١٦٪ في حالة العلاج (بالفلوڤوكسامين) . وتدل العمليات الإحصائية أنه إذا أخذنا بعين الاعتبار المعلومات المرتبطة بالمرضى

الذين لم يتابعوا العلاج وخرجوا من الدراسة فإن هذه الدراسة لاتبين أن هناك اختلافاً بين العلاجين أو تفوقاً لاحدهما .

والحقيقة أن كمية الدراسات المنشورة المتعلقة بالعلاج المعرفي كبيرة ومتنوعة ولايمكن في الوقت الحالي إصدار أحكام نهائية نظراً لأن كثيراً من الأمور لاتزال قيد الدراسة والبحث . . والمهم أن البحث العلمي أصبح ممكناً لدراسة العلاج النفسي المعرفي رغم الصعوبات العديدة والملاحظات النقدية حول تلك الدراسات . وبشكل عام لدينا عدد من النتائج ذات وزن علمي مقبول تدعم تأثير هذا العلاج وفعاليته .

أساليب العلاج المعرفي وطريقته (Techniques and procedures):

يعتمد العلاج المعرفي على عدة خطوات وأساليب . . وهي :

١ - استخلاص الأفكار الفورية التلقائية (Eliciting Automatic Thoughts) : ويعني ذلك تحديد الأفكار التي تخطر ببال المريض بشكل تلقائي وفوري . . وهذه الأفكار تمثل تعليقاً أو وصفاً لحالة المريض النفسية وحواره الداخلي المرتبط بموقف معين أو حالة يمر بها .

وإخراج هذه الأفكار وتدوينها ومناقشتها يعتمد على عدة أساليب ومنها السؤال المباشر (Direct questioning) من قبل المعالج عما يدور في ذهن المريض من أفكار و تعليقات .

وأيضاً اختيار الوقت الذي يكون فيه المريض متضايقاً أو منزعجاً أو متوتراً (خلال الجلسة العلاجية أو في حياته اليومية) ومن ثم البحث عن الأفكار الفورية التي تدور في ذهنه .

وأيضاً يمكن استخلاص وتحديد هذه الأفكار من خلال

سؤال المريض عن المعنى الذي يراه تجاه حدث معين . كما يمكن افتراض موقف خيالي (لم يحدث بشكل مباشر للمريض) وسؤال المريض عن رأيه وأفكاره حول ذلك الموقف .

وأيضاً يمكن تمثيل دور معين مثل دور «المظلوم» أو «الفاشل» أو غيره وتحديد الأفكار التي يتبناها المريض .

وفي حالات أخرى مثل حالات القلق الحاد أو الهلع يمكن إجراء فرط التهوية (Hyperventilation) مما يحدث درجة من القلق والخوف أثناء الجلسة العلاجية ومن ثم يطلب من المريض أن يتحدث عن أفكاره الفورية .

وبشكل عملي وبعد تفهم المريض لضرورة استخراج وإظهار الأفكار الفورية التي تخطر بباله وتشغل ذهنه من خلال التدريب على ذلك في الجلسات العلاجية . . يُطلب من المريض أن يحتفظ بسجل أو مفكرة خاصة يكتب فيها أفكاره التي تظهر بعد موقف معين أو عند حدوث توتر أو انزعاج أو تغير معين في حالته النفسية والمزاجية . ويجب الاستمرار في طريقة التسجيل هذه لمدة أسبوعين على الأقل . . يتحدد من خلالها عدد من الأفكار الهامة التي يحملها المريض .

٢- تأليف أفكار بديلة(Generating Alternative Thoughts)
ويعني ذلك النظر إلى موضوع معين برؤية أخرى تختلف

عن الأفكار الفورية التلقائية التي نتجت عن الموضوع نفسه . ويتم ذلك بعدد من الأساليب . . ومنها الابتعاد عن الموقف والنظر له من بعيد وبشكل مجرد أكثر (Distancing) وأيضاً عكس الأدوار (Role Reversal) أي أن يقـــوم المريض بعكس الدور الذي يقـــوم به في الموقف المزعج ومن ثم يحاول التفكير واستخراج الأفكار الملائمة المتعلقة بالموضوع .

وأيضاً التفكير المنطقي السليم (Reasoning) كأن يطلب من المريض أن يفكر بعمق أكثر في الموضوع وأن يكتب عن الأفكار والاحتمالات التي يراها مناسبة ومنطقية بدلاً عن الأفكار الفورية التلقائية . وأيضاً يمكن استعمال المفكرة اليومية التي يدّون فيها الأفكار الفورية المرتبطة بتغيرات المزاج السلبية ، حيث يمكن للمريض أن ينقاش أفكاره الفورية بشكل منطقي وأن يبحث عن احتمالات وأفكار أخرى بديلة لتفسير الأحداث أو التعليق عليها .

٣- اختبار الواقع (Reality Testing) حيث يجري تطبيق الأفكار البديلة بشكل عملي وواقعي أي أن المريض أصبح يجرب في حياته اليومية وفي تعامله مع الآخرين أفكاراً أخرى مفيدة وغير مرضية في فهمه لنفسه وللآخرين وذلك بالمقارنة مع أفكاره التلقائية السلبية التي كان يتبناها سابقاً .

٤- تعـديل الافـتـراضـات الأسـاسـيـة (Modifying Basic Assumptions) : ويعني ذلك التعـرف على الافـتـراضـات الأساسية والأفكار التي تحرك الإنسان وتصبغ تفكيره ورؤيته لنفسه وللآخرين والمستقبل . ومن ثم تعديلها .

ويمكن استخلاص المقولات الأساسية التي يتبناها المريض من خلال سؤاله عن مبادئة العامة والعبارات التي يؤمن بها والأفكار التي يعتبرها مرجعاً له . وهناك مقياس للاتجاهات المرضية (Dysfunctional Attitudes Scale) يمكن تطبيقه على المريض .

وأيضاً يمكن ذلك من خـلال تحديد المواضيع المتكررة في حوار المريض أو أفكاره (Recurrent Theme Identification) . وأيضاً من خلال الأسلوب الاستنتاجي (المتتالي) حيث يطلب من المريض التعليق على حدث معين ومن ثم افتراض حدث آخر ينتج عنه وبعد ذلك ما ينتج عن ذلك . . وهكذا (Consequential Analysis) .

كما أن ذكريات الطفولة الحية تشكل مادة هامة للافتراضات الأساسية التي يتبناها المريض ، ويمكن بالتالي السؤال عنها وكتابتها ومن ثم مناقشتها .

والطريقة الأخيرة المفيدة التي توصلنا إلى التعرف على الافتراضات الأساسية للمريض هي أن يصف أشخاصاً

آخرين ناجحين وسعيدين بالنسبة له . . حيث يبين ذلك نظرات المريض العميقة والأساسية وأما عن تغيير هذه الافتراضات الأساسية فإن ذلك يحتاج لعدد من الجلسات ويتم عن طريق المناقشة المنطقية والإشارة إلى أخطاء التفكير مثل التعميم أو التفكير الحدي وغير ذلك مما يؤدي بالمريض إلى اكتشافه لجمود أفكاره وتعميماته المطلقة ويجعله يفكر بشكل أكثر نسبية ومنطقية وبالتالي فهو يتخلى تدريجياً عن بعض المقولات والشعارات الجامدة غير الصحية .

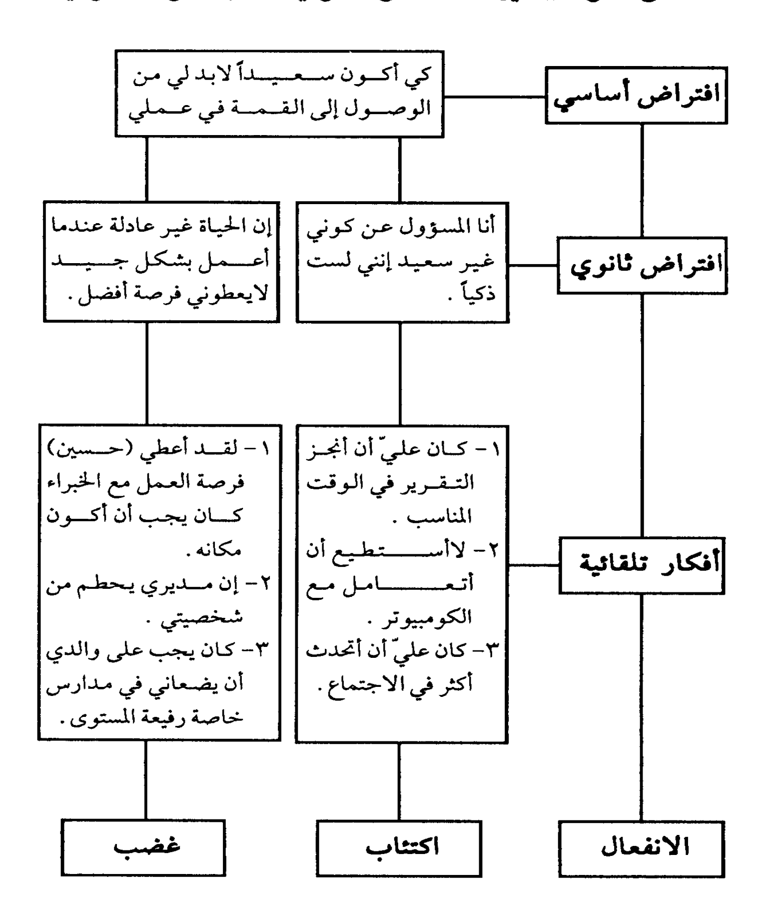
ويمكن أيضاً للمريض أن يعاكس أفكاره وافتراضاته الأساسية المرضية بأن يحاول أن يتصرف ضدها بشكل عملي وهو بذلك يساعد نفسه في تعديل هذه الأفكار ومن ثم التخلص منها .

وأما الأساليب العامة المتبعة في العلاج المعرفي فهي تشمل التسجيل على المفكرة أو الأوراق للأفكار التلقائية والمواقف والانفعالات المصاحبة وتحديد نسبة هذه الانفعالات إضافة لتحديد درجة الاقتناع بالفكرة . . وهذه تعتبر من الأساليب السلوكية العامة وهي تشكل جزءاً هاماً من طريقة العلاج المعرفي . ويضاف إلى ذلك الواجبات المنزلية السلوكية وأداء بعض الأعمال بشكل تدريجي محدد .

ويكون ذلك إما نشاطاً عاماً أو نشاطاً خاصاً يتناسب مع طبيعة المشكلة المرضية .

وأيضاً أسلوب التدريب والتمرن على أداء معين (Behavioural Rehearsal) في المنزل أو الواقع أو أثناء الجلسة النفسية .

مثال توضيحي : مقطع طولي للجهاز المعرفي



الافتراضات الأساسية الشائعة في حالات الاكتئاب

- كي أكون سعيداً يجب أن أكون ناجحاً في كل ما أعمله .
- كي أكون سعيداً يجب أن أكون محبوباً من جميع الناس وفي كل الأوقات .
- إذا أخطأت فهذا يعني أنني غير كفؤ .
- لا أستطيع العيش بدونك .
- إذا خالفني الرأي شخص ما فهذا يعني أنه لايحبني .
- إن قيمتي كإنسان تعتمد على ما يقوله الناس عني .

افتراضات أساسية شائعة في اضطرابات أخرى

- إن قدراتي الجنسية زائدة عن الحد .
- إنني ضعيف ولا أستطيع السيطرة على نفسي .
- إنني حساس ولا أستطيع تحمل الألم .
- إذا غضب مني شخص ما فهذا يعني أنني شخص مزعج ولايحتمل .
- الإكثار من يجب عليك كذا وكذا . . ويفترض أن تعمل كذا كذا . .

التطبيقات الحالية للعلاج المعرفي وتطوراته :

يمكننا القول أن العلاج المعرفي قد أصبح واسع الانتشار وهو يطبق في علاج عدد من الاضطرابات النفسية والسلوكية . كما جرت تطويرات عديدة للأسس النظرية للعلاج المعرفي ومن المتوقع أن يزداد الاهتمام بالعلاج المعرفي وتطبيقاته في السنوات القادمة .

وهو يستخدم حالياً في علاج الاكتئاب الكبير (Major depresion) ولاسيما الحالات متوسطة الشدة والخفيفة وأيضاً في حالات الاكتئاب المزمن الخفيف (Dysthymia) . ويمكن تطبيقه في علاج الأفكار الانتحارية والسيطرة عليها واستبدالها .

ويستعمل في حالات القلق الحاد أو الهلع (Panic) حيث أصبح واضحاً أن المريض المصاب بالهلع يفسر أعراض القلق الجسمية التي تنتابه بشكل خطر ، وأن مصيبة سوف تحل به من جراء هذه النوبات . ويجري تحديد أفكار المريض وتفصيلاتها ومن ثم تعديلها مما يجعل المريض يتبنى أفكاراً علمية حول أعراض القلق ومعانيه وأن هذه الأعراض ستزول وأنها غير خطرة أو مميتة .

ويمكن أيضاً استخدام أسلوب التنفس الهادىء والسيطرة على التنفس السريع مع استعمال بطاقات خاصة فيها عبارات

إيجابية مما يساعد المريض على التفكير الإيجابي ومن ثم السيطرة على أعراض الهلع .

ومن التطويرات الحديثة للعلاج السلوكي في مجال القلق الاهتمام بالأفكار المرتبطة بالأمان والتي يحملها المريض بشكل مرضي وأيضاً التأكيد على أفكار «التعامل» مع الموقف (Coping) وتدعيم ذلك ببعض الأساليب السلوكية البسيطة مما يؤكد للمريض أنه يستطيع التعامل مع أعراض القلق وبالتالي فهو لا يحتاج إلى الهروب وعدم المواجهة .

ويمكن تطبيق العلاج المعرفي في حالات الخوف من الأمراض أو الوسوسة بالأمراض (Hypochondriasis) حيث يتم التعرف على عدد من الافتراضات الشائعة عند هؤلاء المرضى ومنها : «إذا أصبت بمرض فسوف لايكون له أي علاج» «إن الأعراض الجسمية دائماً تعني أن هناك مرضاً ما وإلا فإنها يجب أن لاتظهر» . وهناك تطبيقات أخرى في مجال المخاوف المرضية والرهاب الاجتماعي وأيضاً في اضطراب الوسواس القهري . وفي مجال العلاج العائلي الزوجي حيث يتم تعديل الأفكار والتوقعات المرتبطة بالشريك الزوجي . وهناك تطبيقات أخرى في الاضطرابات الجسمية والنفسية وفي مرضى الصداع النصفي (الشقيقة) وفي تعديل الشخصية« ذات النمط أ» (Type A Personality) والتي تهيىء للإصابة بالنوبات القلبية .

كما أمكن تطبيق أساليب العلاج المعرفي في الحملات الوقائية من مرض الإيدز من خلال التأكيد على تقدير الخطورة واستيعاب ذلك من قبل الذين يمارسون سلوكيات تزيد من خطر الإصابة بهذا المرض . حيث تبين أن الإنسان يقلل من الخطر هنا ، ويُبعد فكرة الإصابة عن نفسه بشكل غير منطقي ولاسيما في المواقف الحرجة التي تغري الشخص بالاندفاع في سلوكه الخطر .

ويطبق العلاج المعرفي في حالات ضعف السيطرة على الذات مثل حالات الشره الطعامي (Bulimia) حيث يجري استخلاص الأفكار المتعلقة بشكل الجسم والأفكار المتعلقة بتناول الطعام وتعديلها . وأيضاً في حالات انحراف اللذة الجنسية (Paraphilies) حيث يجري التعرف على الأفكار الفورية المرتبطة بالموضوع الجنسي وأيضاً الأفكار المتعلقة بنظرة الفرد عن نفسه وتعديل ذلك . وفي حالات الغضب والسلوك الاندفاعي بشكل عام (Anger , Impulsivity) تطبق الأساليب المعرفية الاعتيادية وأيضاً بعض الأساليب المشتقة منها مثل الحوار الذاتي واستعمال كلمات معينة تهدف إلى زيادة السيطرة على النفس والتخفيف من حدة الانفعال أو الاندفاع مثل كلمة قف أو توقف (Stop) يقولها المرء مع نفسه أو تكتب على بطاقات خاصة يحتفظ بها المريض .

وفي مجال العلاج الجنسي (Sex Therapy) للاضطرابات الجنسية المتعددة يجري تعديل أفكار المريض المرتبطة بالجنس

عموماً وفي موضوع الاضطراب نفسه ويعتبر ذلك إضافة هامة لموضوع التثقيف العلمي والجنسي والذي يشكل جزءاً هاماً من العلاج . وقد تبين من خلال عدد من الدراسات أهمية تعديل ما أسماه «زيلبركيلد» (Zilbergeld) الأساطير الجنسية التي يحملها المريض ، وهي حوالي ستة عشرة فكرة متكررة في ذهن كثير من مرضى ضعف الانتصاب حول الأداء الجنسي .

إضافة لما سبق ذكره فإن العلاج المعرفي أصبح يطبق في عدد من الاضطرابات الأخرى التي لم يكن يتوقع نجاحها مثل الاضطرابات التجسيمية (Somatization disorder) والاضطرابات النفسية الجسمية . وأيضاً في حالات الفصام ومناقشة الهذيانات والشكوك التي يحملها المريض وأيضاً الهلاوس السمعية وغيرها والتي يتعرض لها المريض . كما بينت الأبحاث فائدة تعديل أفكار الأهل المحيطين بمرضى الفصام حول المرض نفسه وتعديل توقعاتهم ونظراتهم للمريض والمرض معاً .

ومن الناحية النظرية نجد عدداً من التطويرات المفيدة للنظرية المعرفية السلوكية في فهمها للإنسان وتركيبته النفسية وفي كيفية تعديل السلوك الإنساني . ومنها التأكيد على أهمية تجنب أفكار الخطر وليس المثير نفسه في عدد من حالات المخاوف المرضية . بينما تؤكد النظرية السلوكية التبسيطية على تجنب المثير فقط دون الأفكار والمخاطر التي تثيرها .

وأيضاً موضوع «مفهوم التعرض للمثير» (Exposure) كعلاج ناجح في عدد من الاضطرابات النفسية حيث تبرز أهمية إزالة التحسس التدريجية (للعالم ويلب) وما يرافقها من تعديلات ذهنية وفكرية لدى المريض وبشكل تدريجي مما يعطي مفهوم التعرض للمثير أهمية أقل مما مما هو متعارف عليه .

وتشير النظرية المعرفية إلى أن لدى كل إنسان «حساسيات خاصة» (Specific Sensitivities) تنشأ معه وتتثبت وتساهم فيما بعد في ظهور الاضطراب النفسي وفي ذلك ما يشبه نظرية «التجارب الراضّة» (Traumatic experiences) الأساسية في التحليل النفسي .

كما أمكن إدماج بعض الأفكار التي نادى بها عالم النفس بياجيه (Piaget) حول تطور الطفل ونموه في النظرية المعرفية مثل نظرية التخيل والعالم الذاتي التصوري للفرد .

وأيضاً فإن هناك تطور في فهمنا للذاكرة الإنسانية وكيفية تخزين المعلومات واسترجاعها . ويبدو أن هناك إنحيازاً في استرجاع المعلومات والخبرات والأفكار بدلاً عن سوء تصنيف هذه المعلومات .

كما تطور مفهوم الاستعداد للاضطراب النفسي حيث تبين أنه لايوجد فروق واضحة في الأفكار بين الأصحاء وبين المرضى

في حالة شفائهم ولكن المجموعة الثانية تسترجع أفكاراً سلبية خطرة في حالات الأزمات والضغوط النفسية بشكل أكبر وأوضح من مجموعة الأسوياء .

ملاحظات نقدية عامة حول العلاج المعرفي :

١ – من الواضح أن العلاج المعرفي يركز على الأفكار أكثر من الانفعالات والعواطف وفي ذلك نوع من العقلانية التي قد تكون مفرطة ولاتتناسب مع آلام المريض ومعاناته . وبشكل عملي يجب التعامل مع انفعالات المريض بل وتشجيعها في أحيان كثيرة أو تقبلها بدلاً من كبتها والهروب إلى العقلانية ومعرفة ما وراء هذه الانفعالات وخلفياتها .

٢– التبصر الكلامي بدلاً عن التعبير العميق في تكوين الشخصية . وهذا يحدث في معظم العلاجات قصيرة الأمد . ويبقى السؤال مطروحاً عن كيفية تحقيق التغيرات العميقة في الشخصية وعدم الاكتفاء بتبني عبارات وأفكار إيجابية ذات تطبيق محدود .

٣– العلاج المعرفي يتضمن عدداً من التقنيات والأساليب العلاجية والنظرية غير المتجانسة والتي يمكن وصفها بأنها انتقائية وعملية في التحليل الأخير ولكنها تفتقد «النقاء» النظري .

٤- عدم الاهتمام بأساليب التعبير غير الكلامية التي يفصح عنها المريض والتي يمكن أن تكون مفيدة وهامة في تفهم المريض وحالته . وقد حاول البعض مؤخراً تفسير هذه الأساليب غير الكلامية من وجهة نظر معرفية وأعطيت الأهمية لها من حيث التعرف على مضامين التفكير العميقة .

٥- الصعوبات العملية في الاحتفاظ بالمفكرة والجداول بالنسبة للمرضى . وقد يبرز ذلك أكثر في البيئة العربية الإسلامية وما يرتبط بذلك من الأمية أو السرية أو الكتمان وغير ذلك .

٦- العلاج المعرفي يعتمد بشكل أساسي على إكتشاف المريض بنفسه أخطاء التفكير والانحياز المعرفي السلبي وعليه أن يعتمد على نفسه بشكل واضح . . والشخصيات الاعتمادية أقل قبولاً لهذه الطريقة . . ويرز ذلك ثانية في مجتمعاتنا التي لايزال فيها الاعتماد على النفس غير واسع الانتشار .

٧- يتطرق العلاج المعرفي إلى مجموعة الأفكار التي يتبناها المريض ويناقشها وهذه الأفكار لها جانب ذاتي شخصي وجانب آخر عام ، والجانب العام يتعلق بالفلسفة والرؤية الفكرية للفرد ومجموعة القيم التي يتبناها بالطبع دون الخوض في هذه المبادئ الفلسفية نفسها لأن العلاج المعرفي ليس عقيدة بديلة أو نظاماً فلسفياً خاصاً . ولكن لابد من الإشارة إلى أن عدداً من الأفكار الفلسفية العامة تشكل

مبادىء للصحة النفسية في منظار العلاج المعرفي، مثل التفاؤل العام والنسبية والتفكير المرن وأيضاً التفكير العلمي السببي والواقعي وهنا يمكن الاستفادة من الأفكار الفلسفية العامة ومنها الدينية لتذكير المريض بأهميتها في الصحة النفسية ومثال ذلك في حالات الاكتئاب والأزمات المختلفة التأكيد على الآية الكريمة: ﴿ **وعسى أن تكرهوا شيئاً وهو خير لكم**﴾ .

وبشكل عام يمكننا القول أن العلاج المعرفي هو تقدم ملحوظ في مجال العلاج النفسي ومع توسع تطبيقاته والمهتمين به فإنه سوف يغتني أكثر من الناحية النظرية والتطبيقية .

وليس بعيداً إمكانية تزاوج العلاج المعرفي مع عدد من أساليب العلاج النفسي الأخرى المعروفة .

ويؤكد أحد مشاهير التحليل النفسي المعاصرين أن «البحث عن معاني جديدة وسياق آخر للأعراض والمشاعر المرضية التي يعيشها المريض من خلال العلاج المعرفي ، يشبه كثيراً عملية التبصر أو الاستبصار (Insight) في التحليل النفسي والتي تؤدي إلى تحسين الأعراض وتخلي المريض عن تشبثه بالأعراض المرضية» .

والحقيقة أن جوهر العلاج النفسي يعتمد على ضرورة تفهم طبيعة الإنسان المعقدة ومحاولة مساعدته بشتى الأساليب الممكنة دون التعصب المذهبي وضيق الفكر النظري لأن الحقيقة الواقعية تتطلب المرونة وترفض الجمود .

١٣ الأدوية النفسية فوائدها .. ومساوئها

تعتبر الأدوية النفسية تقدماً هاماً في مجال الطب النفسي . . وتمثل الصناعة الدوائية تطور العلوم الطبية وتقدمها السريع ولاسيما في القرن العشرين مقارنة مع العصور القديمة .

وتاريخ البشرية في البحث عن الدواء الناجح تاريخ طويل وفيه كثير من الغرائب وأنواع العلاجات التي ينصح بها . . ومع تطور العلم والطب أصبحت المعالجة الدوائية حجر الأساس في مكافحة الأمراض وشفائها أو في تخفيف الأعراض المرضية وتحسينها .

وفي الوقت الحالي يوجد عدد من الأدوية النفسية والأساسية التي تزيد عن مئة مادة كيمائية مدروسة دراسة جيدة من حيث آثارها الإيجابية وجرعاتها واستطباباتها وآثارها الجانبية غير المرغوبة .

وهي تقسم أولاً إلى «الأدوية المضادة للذهان» . وهي تستعمل لعلاج الأمراض النفسية الشديدة كالفصام والهوس والزور وغير ذلك . وقد قدمت فوائد عظيمة في علاج هذه الاضطربات الشديدة مما مكن المريض من العودة إلى ممارسة حياته الطبيعية في المجتمع في كثير من الحالات ، وأما آثارها الجانبية فهي بشكل أساسي آثارها في إحداث بعض الأعراض

العصبية والعضلية وإضافة إلى آثار أخرى مؤقتة وخفيفة . وقد تم مؤخراً اكتشاف عدد من الأدوية من هذه الزمرة دون وجود هذه الآثار المذكورة ولكن بعضها الآخر له آثار أخرى على الكريات الدموية البيضاء وغير ذلك ، وهناك عدد آخر من الأدوية والتي لاتزال قيد البحث والدراسة ليست لها محاذير أو آثار جانبية خطيرة وربما تكون فعاليتها ضد الذهان رائعة وإيجابية مما قد يشكل تطوراً عظيماً في علاج الأمراض النفسية الشديدة .

والزمرة الثانية هي مضادات الاكتئاب وهي تفيد في مختلف أنواع الاكتئاب إضافة إلى اضطرابات القلق والهلع والوسواس المرضي والمخاوف وغير ذلك .

وأثبتت هذه الأدوية فعاليتها في العلاج السريع وبنسبة ٧٠٪ في مختلف الحالات . وتتلخص آثارها الجانبية بجفاف الفم والإمساك وازدياد التعرق وغير ذلك من الازعاجات البسيطة وغير الخطيرة ، وأيضاً آثارها على النظم القلبي حيث لاتوصف هذه الأدوية لمرضى الاحتشاء القلبي (الجلطة) الحديث .

كما أنها إذا أخذت بجرعات كبيرة يمكن أن تؤدي إلى توقف القلب وغير ذلك . وقد ظهرت الأدوية المضادة للاكتئاب الحديثة من زمرة مثبطات السيروتينين مثل «پروزاك» و «سيروكزات» و«سيپرام» و «ڤاڤرين» وغيرها وهي تتميز بأعراضها الجانبية القليلة بشكل عام .

والزمرة الثالثة هي المهدئات أو مضادات القلق وهي تفيد في حالات القلق والخوف والأرق وكثير من الأعراض النفسية الجسدية . وهي أدوية فعالة ومفيدة إذا أحسن استعمالها ، حيث تؤدي هذه الزمرة الدوائية إلى حدوث درجة من التعود والإدمان مما يتوجب توقيفها تدريجياً وخلال عدة أسابيع وإلا فإنها تؤدي إلى أعراض الحرمان والتي يمكن أن تكون شديدة .

والاستعمال المثالي لها هو لفترات قصيرة وبجرعات قليلة وكل ذلك بإشراف الطبيب المعالج .

والزمرة الرابعة متنوعة وتضم الأدوية المضادة للصرع وهي ذات فعالية عالية . والأدوية المنظمة للمزاج والتي تمنع نوبات الهوس والإكتئاب وتفيد في السلوك العدواني وغير ذلك مثل الليثيوم . ولها عدد من المحاذير والآثار الجانبية وأيضاً «مضادات بيتا أدرنالين» والتي تستعمل في حالات الرجفة والخفقان ولها فوائدها ومحاذيرها ، وهناك أيضاً الأدوية التي تزيد من أوكسجين الدماغ وتحسن من الانتباه والتعب الذهني والذاكرة وهي بشكل عام سليمة ، وهناك أدوية أخرى تستعمل في حالات خاصة لايتسع المجال لذكرها هنا .

والنظرة العلمية لموضوع الأدوية النفسية تؤكد على أهمية «حسن استعمال» الأدوية من خلال رأي الطبيب المعالج واتباع

نصائحه دون التعلق بالأوهام والشائعات ، والعلاج الدوائي له فوائده العديدة وله محاذيره .

وكثير من الناس يتبنى معلومات خاطئة عن موضوع الأدوية النفسية ويظن أنها كلها تؤدي إلى الإدمان أو الجنون أو غير ذلك مما لايتناسب مع الحقائق العلمية والمنطقية .

كما أن الحملات الدعائية التي تقوم بها بعض الشركات المصنعة للدواء تبالغ في نتائج الأدوية الجديدة وفعاليتها مما يشوش الصورة في الأذهان .

والقاعدة العامة أنه يجب التريث والانتظار لدراسة الدواء دراسة كافية ومعرفة آثاره وأضراره وفوائده قبل التعلق به واعتباره الأمل الوحيد في الشفاء ، وبالطبع ينطبق ذلك على معظم الأدوية الطبية الأخرى في مختلف فروع الطب .

ولابد من التأكيد على أن العلاج النفسي الصحيح يعتمد على العلاج العضوي والنفسي والاجتماعي معاً ولابد لأنواع العلاجات الأخرى غير الدوائية من أن تقوم بدورها الصحيح والمتكامل في علاج الاضطرابات النفسية المتعددة .

الفصل الثالث

حول مشكلات المرأة والرجل والزواج

١- المرأة والمرآة .
٢- المرأة والجمال . . الرجل والجمال ! !
٣- التزين والمرأة .
٤- من هي المرأة التي يخشى الرجل الزواج منها ؟
٥- الخلافات الزوجية . . وشهر رمضان المبارك .
٦- الطلاق . . أسبابه . . وطرق الوقاية منه .
٧- الزواج في سن المراهقة .
٨- تعدد الزوجات دون ضوابط . . والآثار النفسية .
٩- الرجل «الشكاك» وكيف تتعامل معه زوجته؟
١٠- الزوجة الغيورة .
١١- الغيرة الزوجية .
١٢- الحمل والمرأة . . ملاحظات نفسية .
١٣- «الإجازة الزوجية» . . علاج مفيد وشائع ولكن لايكفي ! !
١٤- الحياة الزوجية والحب والصداقة و «العشرة» .

١ المرأة والمرآة

في البداية لابد من طرح السؤال حول طبيعة العلاقة بين المرأة والمرآة وما إذا كان ذلك يتغير باختلاف شخصية المرأة وثقافتها واهتماماتها والمجتمع الذي تعيش به واختلاف نظرات أفراده وقيمهم . .

والحقيقة أن ارتباط المرأة بالمرآة هو ارتباط تاريخي قديم يتعلق بالظروف الاجتماعية والقيم الأخلاقية التي تؤكد على أهمية مظهر المرأة وضرورة الاهتمام به . . لإخفاء عيوبه وإظهار جماله وحسنه وفتنته . . ولاسيما الوجه .

وتتعدد الأساليب والاختراعات عند مختلف الشعوب لتأكيد أهمية الجمال وأناقة المظهر وصحة الجسم وقوامه وكل ما يتعلق بالتزين والمحافظة على حسن الشكل الخارجي للإنسان والسعي نحو جمال دائم ومتجدد .

وتنتشر المرايا بأشكال وأحجام متعددة ومنها المرايا الصغيرة والتي يسهل حملها كل الوقت مما يسهل النظر إلى صورة الإنسان وشكله ومن ثم تعديلها وتهذيبها إلى ما هو أفضل .

وقد أصبح استعمال المرايا في العصر الحديث واسع الانتشار ويستخدم في فنون الديكور والتصميم ومختلف مرافق الحياة بشكل مبتكر ومفيد في المباني التجارية والأسواق والأبنية

الأخرى حيث تنعكس مختلف الأشكال الجميلة والطبيعية والضوء والإنسان ولايخلو منزل من عدد من المرايا . . كل ذلك للتأكيد على أهمية شكل الإنسان وصورته وأهمية مظهره .

ومما لاشك فيه أن النظرة السطحية إلى المرأة واعتبارها جسداً خالصاً دون عقل أو روح قد ساهم في تعزيز كل ما يؤكد على أهمية المظهر وضرورة التأكد من مطابقته لمواصفات معينة من حيث (موضة) الثياب أو شكل الشعر أو طرق (المكياج) وشكل الجسم أيضاً . . ويتعزز ارتباط المرأة بالمرآة في بعض الأحيان لدرجة أنها تكره أن ينظر الرجل في المرآة كثيراً وتعتبر أن ذلك من حقها هي . ومن ناحية أخرى نجد أن حب الذات أو ما يسمى «النرجسية» هو غريزة فطرية طبيعية متأصلة ولابد من مراعاتها وإشباعها دون إفراط أو تطرف باتجاه الأنانية . . ويعتبر النظر في المرآة أحد مظاهر حب الذات . . وتقول الأسطورة اليونانية القديمة أن أحد الآلهة واسمه «نرجس» كان معجباً بنفسه وجماله لدرجة العشق الذاتي . . وأنه بينما كان يتمشى في الغابة رأى انعكاس صورة وجهه في بئر ماء فأعجب بجمال الصورة وروعتها وأراد أن يحتضنها فوقع في البئر ومات حباً بها . . وفي رواية أخرى أنه شعر بالحسد من صاحب هذه الصورة الرائعة التي ظهرت على سطح الماء وغضب غضباً شديداً وأراد أن يحطم منافسه ويصارعه فوثب في البئر فمات . . ومن ثم حولته الآلهة

الأخرى إلى زهرة النرجس كشاهد على الجمال وعشق الذات الخطر . . وعبرة لمن يعتبر . .

وربما يعكس تعلق المرأة بالمرآة استعداداتها النرجسية القوية وربما يكون ذلك نتيجة للضغوط التي تتعرض لها والتي تقلل من أهميتها وحريتها وتحد من تحقيقها لذاتها فتجد في المرآة ملاذاً مريحاً يحفظ لها شيئاً من التوازن الداخلي ويمنحها الشعور بالأهمية .

وفي الطب النفسي نجد أن التحديق في المرآة لفترات طويلة هو علامة متكررة في حالات مرض الفصام الشبابي والذي يظهر مبكراً في سن المراهقة . . وأيضاً يحدث مثل هذا السلوك في اضطرابات نفسية أخرى .

وفي حالات الاكتئاب المختلفة نجد إهمالاً للجسم والمظهر والتزين ويدل ذلك على تحطيم الذات وعقابها . وفي حالات أخرى لاتهتم المرأة بالمرآة ويعكس ذلك عدم الرضا على الذات أو حرمانات طفولية متنوعة أو إحباطات متكررة مزمنة .

والإنسان العادي رجلاً كان أم إمرأة ينظر في المرآة ويستمتع بذلك . . والمرآة ليست شراً مطلقاً . . وهي اختراع بشري مهم ويمكن الاستفادة منه في مجالات عدة . ويعتبر النظر في المرآة أمراً طبيعياً في مراحل النمو الجسمي المتعددة مثل مرحلة المراهقة

أو الكهولة وذلك بسبب القلق الاعتيادي الذي يرافق هذه المراحل والمتعلق بشكل الوجه والجسم وبثقة الإنسان بنفسه . والجانب الجمالي المتعلق بالمظهر لا بأس فيه ولاعيب . . وتجميل الحياة والإنسان وتزيينها فطرة طبيعية أصيلة وسلوك مفيد وهو يرتبط في أحد جوانبه بالسلوك الجنسي الطبيعي . والمشكلة عندما تصل إلى درجة المبالغة وضياع الجهد والوقت مما يؤدي إلى إهمال الجوهر الإنساني الفكري والروحي والمعنوي .

وهكذا نجد أن ارتباط المرأة الشديد بالمرآة يعكس درجة سطحيتها واهتمامها بالمظهر دون المضمون . . وأيضاً يعكس أهمية القيم المادية في الحياة المعاصرة حيث تتحول الحياة بشكل عام إلى سوق كبير يتبادل فيه الناس كل أنواع السلع المصنعة والبشرية ومنها المرأة على وجه الخصوص .

ويبقى السؤال الصعب . . هل يمكننا أن نحافظ على الجمال والمظهر ونصونهما . . وأن نهتم بأجسادنا صحة وشكلاً اهتماماً طبيعياً وضرورياً . . ونسعد بما لدينا من صحة وجمال . . كل ذلك دون إلغاء للعقول ودون إفراط أو تفريط؟؟

٢ المرأة والجمال .. الرجل والجمال!!

يعتبر الجمال من القيم التي يسعى البشر إليها على اختلاف ألوانهم ومجتمعاتهم وفي مختلف العصور . . والجمال في الجسم وفي الأخلاق وفي الأفكار . . وأيضاً هناك جمال الحديث والأسلوب والحوار والموقف . والجمال مرتبة تعلو مرتبة الوظيفة والحاجة والإشباع . . فهو مرحلة أعلى وأسمى .

ولايمكن أن تستمر الحياة دون جمال من نوع ما . ويختلف تعريف الجمال بين الناس ولايمكن الاتفاق عليه نظراً لاختلاف الأذواق والأفكار . . إلا أن المجتمع بظروفه وتكوينه وقيمه الخاصة يمكن أن يحدد ملامح معينة للجمال .

وإذا أخذنا موضوع جمال المرأة الجسدي نجد أنه يتغير على مر العصور والظروف، فالجسم المكتنز كان نموذجاً عاماً في القرون الوسطى في الغرب وكان مصمموا الأزياء والفنانين يبالغون في أحجام بعض أجزاء جسم المرأة على اعتبار أن ذلك جميلاً . كما أن السيدات كن يلبسن أجهزة معدنية تحت ثيابهم لتزيد من حجم وسط الجسم . . وأما اليوم فإن التأكيد يجري في الغرب على «النحافة» ونحول الجسم الذي يعتبره كثير من الرجال من ثقافات أخرى مرضاً وسوءاً في التغذية وقبحاً . .

وقد ارتبط جمال الجسم والوجه بقيمة المرأة في مختلف

العصور ، حيث تم إغفال قدرات المرأة العقلية والأخلاقية على حساب بروز صفاتها الجسدية . وفي العصر الحديث المفعم بماديته يجري التركيز على الجسد والمظاهر دون الروح والمعاني والخلق وهذا ما يجعل الرجل يثمن في المرأة جسدها والاستمتاع بجمالها الجسمي على حساب مكوناتها الأساسية الأخرى . وبالطبع للجسد أهمية كبيرة بالنسبة للرجل والمرأة ولابأس من تجميل الحياة والاستمتاع بالأجسام الجميلة والصحية دون إغفال أهمية المكونات الأخرى .

وتبين الدراسات الخاصة بالحس الجمالي أن هناك فروقاً بين الرجل والمرأة في تذوقهم للجمال بشكل عام . وبعض العلماء يشير إلى أن المرأة تتنبه للتفاصيل الدقيقة قبل أن تطلق أحكامها الجمالية العامة . . وبعضهم يؤكد على حدس المرأة وإطلاقها الأحكام العامة السريعة الملونة بالانطباع السطحي الانفعالي . كما يؤكد البعض الآخر على أن المرأة أكثر التصاقاً بالواقعية وبالطبيعة وأنها ترضى من الرجل بإشباع الحاجات الأساسية دون النظر إلى الجمال الجسدي للرجل أو تضخيمه . وربما تدل الملاحظات الواقعية على ذلك حيث تهتم المرأة أكثر بالحالة الاقتصادية للرجل والمكانة الاجتماعية وبالمقابل تؤكد الثقافة الاجتماعية على أن «الرجل لايعيبه شكله بل جيبه ! !» والرجل يهتم ببعض أجزاء المرأة ويؤكد جمالها ويعتبر ذلك كافياً له .

وبعض الرجال يبحث عن إمرأة متفوقة الجمال ليخفي نقصه وضعفه وعقده . وبعضهم يبحث عن المرأة التي يتفوق عليها حتى في جمالها إرضاءً لنرجسيته وغروره .

ومما لاشك فيه أن الجمال الظاهري الجسدي له وظائف أساسية وحيوية ترتبط بالإثارة الجنسية والغريزية مثل بعض أجزاء الجسم والرائحة واللون ، وهناك دراسات عديدة لفهم غرائز الجنس والإثارة الجنسية الطبيعية عند البشر . ويبدو أن النتائج متناقضة في بعض الأحيان ولايمكن فصل الأمور الغريزية عن الأمور الاجتماعية في فهمنا للمرأة والرجل . فالكائن الإنساني يتأثر بما حوله وبمن حوله . ولابد من التأكيد على أهمية الصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية قبل التأكيد على القيم الجمالية المجردة .

ولابد للرؤية المتوازنة في تقييم كل من الرجل والمرأة ، والعلاقة بينهما أيضاً . والتشابه والتقارب بينهما في مختلف الأمور يمكن أن يضمن التوازن . . ولكن الاختلاف من أجل التكامل مفيد في بعض الأحيان .

وتبقى العلاقة بين الرجل والمرأة سراً صعباً وثميناً يتطلب الجهد والبحث والعون باستمرار . ويبقى الإنسان ذلك المجهول .

٣ التزين والمرأة

يرتبط التزين (المكياج) من الناحية النفسية العميقة بواقع حب الذات أو ما يسمى بالنرجسية . كما يرتبط بدوافع التنافس ومحاولة التفوق على الآخرين من حيث المظهر والجمال . وبالطبع فإن التزين له وظيفة جنسية واضحة بالنسبة للجنسين الذكر والأنثى حيث يرتبط الجمال بالرغبة الجنسية وإثارة الانتباه والإعجاب لدى الجنس الآخر .

وتتعدد مظاهر التزين وبعضها فطري غريزي مثل الاهتمام بنظافة الجسم ورائحته وترتيب المظهر العام والثياب والاعتناء بالجسم والشعر من حيث الشكل والعضلات والمقاييس . وتختلف الثقافات والمجتمعات في مظاهر التزين والتركيز على جزء خاص من الجسم . ومما لاشك فيه أن الوجه يأخذ قسطاً كبيراً من الاهتمام في مختلف المجتمعات . ونظراً لأهمية الجمال والتزين وما يرتبط به من أمور غريزية ودوافع نفسية عميقة فقد أمكن للحضارات المختلفة أن تولي اهتماماً كبيراً لهذا الموضوع ونشأت مؤسسات كثيرة ومهن وصناعات وتجارات مرتبطة به ، مثل العطور ومستحضرات التجميل والأدوية الطبية والتزين والتزيين أصبح الآن عملاً وفناً له مدراسه وخبراؤه . وأصبح أحد الاختصاصات الطبية أيضاً مثل جراحة التجميل .

والواقع أن الإنسان يحب الجمال ويبحث عنه وبعض الناس انشغل بالمظاهر ونسي المضمون وفي ذلك سطحية وابتذال بالنسبة للرجل والمرأة معاً . والحضارة المعاصرة بقيمها الاستهلاكية والمادية تعزز التأكيد على المظهر دون المضمون . . والبعض يهمل موضوع التزيين والجمال بشكل مبالغ فيه وفي ذلك هروب وكبت للدواف الطبيعية البشرية .

والحقيقة البسيطة تبين أن الإنسان يمكن أن يكون جميلاً وأن يعتني بمظهره وشكله .

وأن يصبح أكثر جمالاً بمعرفته واطلاعه على ما توصلت إليه التجارب والعلوم دون الإفراط والتفريط . واليوم وبفضل تطور العلوم الطبية والكيميائية وتراكم المعارف والخبرات أصبح بمقدور الإنسان أن يكون راضياً عن نفسه ، سعيداً بهيئته وشكله ، مما يمكن له أن يغني الحياة ويحسنها ويجملها بما يتناسب مع الفطرة السليمة والمنطق الذكي «إن الله جميل يحب الجمال» .

٤ من هي المرأة التي يخشى الرجل الزواج منها؟

لابد من التأكيد في البداية على أن هناك عدداً من الإجابات على هذا السؤال وربما تصل في كثرتها إلى عدد الرجال في المجتمع . وذلك لأن تنوع الحياة والظروف المعيشية والاجتماعية والتركيبة النفسية الخاصة للأفراد تلعب دوراً هاماً في تكوين رغبات الإنسان وميوله من جهة ، ومن جهة أخرى الأمور التي لايرغب فيها ويبتعد عنها أو يرفضها ، إضافة إلى الأمور التي تثير مخاوفه وقلقه فيما يتعلق بالمرأة والزواج .

ولكن ربما تتوضح بعض الملامح العامة لصورة المرأة غير المرغوب فيها كزوجة في مجتمعاتنا وهي مثلاً «قلة التربية» والتفلت الأخلاقي والديني . . وقلة الجمال بشكل عام ووجود الأمراض والنواقص الجسمية والعقلية .

وهذه الأمور الثلاثة تأتي في المرتبة الأولى . . وبعد ذلك هناك أمور أخرى مثل العمر والطبقة الاجتماعية والثقافة . وهنا تختلف الميول والآراء وبعض الرجال يخشى الفتاة صغيرة السن ويفضلها ناضجة ، كما أن البعض الآخر يخشى الكبيرة ويفضلها صغيرة . . وبعضهم يفضل الجهل على العلم . . كما أن بعضهم الآخر يرغب بالمرأة المتعلمة أو العاملة . وأما فيما يتعلق بشخصية

المرأة فإننا نجد أن المرأة القوية تخيف الرجل العادي وكأنه يريدها خاضعة تابعة واعتمادية أي أضعف منه من حيث القدرات العامة مما يضمن تفوقه وسيطرته .

والحقيقة أن الصراع بين المرأة والرجل هو صراع طويل وعميق ويأخذ أشكالاً عديدة ظاهرة وباطنه وليس سهلاً حل هذا الصراع والأجدى محاولة ضبطه وتعديله كي يبقى ضمن الحدود المقبولة . ولابد من مساعدة الزواج على استمراريته دون تعطيل لأركانه الأساسية وهي المرأة والرجل أولاً ومن ثم الأطفال والأهل والمجتمع .

ولابد من تنمية قدرات المرأة الشخصية والذهنية وقدرات التعامل مع الرجل وحل المشكلات والحوار والتفاهم . . ولابد أيضاً للرجل من التخلص من كثير من مخاوفه وقلقه تجاه المرأة كي يستطيع بناء حياة مشتركة إيجابية ومثمرة يغلب عليها التعاون والتفاهم والود والرحمة وهكذا زواج الأقوياء . .

ويعكس الرجل في اختياره لزوجته جزءاً هاماً من شخصيته وقلقه ومخاوفه كما يعكس قيمه وأفكاره ولاينعزل كل ذلك عن ظروفه وظروف المجتمع والبيئة التي تربى فيها ويعيش في أجوائها . . ولايصلح لرجل معين كثير من النساء . . كما لايصلح لإمرأة معينة كثير من الرجال . وتقول الحكمة : «قُلْ لي من هي زوجتك أقول لك من أنت ! !» .

٥ الخلافات الزوجية وشهر رمضان المبارك

من الملاحظات الشائعة أن العلاقات الزوجية تتحسن في شهر رمضان المبارك. ولعل في ذلك أبعاد إيجابية وجديدة لم تأخذ حقها من البحث والتعليق والتأمل. ومن الناحية النفسية يمكننا القول بأن شهر رمضان يتميز عن غيره من الشهور في مجتمعاتنا ببروز مشاعر الذنب والحرمان من جهة، ومشاعر الرضا والغفران من جهة أخرى وصولاً إلى حالة من الراحة والطمأنينة والسعادة. حيث تظهر مراجعة النفس وأخطائها ويزداد الاحساس بالخطأ والتقصير في مختلف المجالات والعلاقات.. ابتداء من العلاقة مع الله ومن ثم الآخرين والنفس والزوج.

والأجواء الدينية المليئة بأشكال العبادة والتقرب إلى الله وتطهير الذات تشجع بروز هذه الحساسية للخطأ وتساعد الإنسان على الرجوع إلى جادة الحق والصواب.

وتأثير الصيام نفسه يؤكد تلك العملية من حيث الامتناع عن الطعام والشراب والجنس وضرورة ضبط النفس وشهواتها العديدة وفي آخر النهار عند الإفطار يجد الصائم لذة عظيمة ومكافأة فورية لضبطه لنفسه. حيث تظهر أثناء الصيام مجاهدة النفس وصراع الرغبات مع ضرورة ضبط النفس والارتقاء برغباتها ومن ثم الأجر الكبير والرضى. وتبدو الأيام الأولى من

الصيام صعبة نسبياً ثم يتعود الإنسان على سلوكه الجديد في ضبط النفس وتأجيل رغبتها مما يكسبه الشعور بالقوة والفرح بالمكافأة بشكل يومي . والحقيقة أن صراع المرأة والرجل في العلاقة الزوجية يأخذ أشكالاً مفيدة في شهر رمضان حيث يكون الطرفان في وضع نفسي وروحي خاص مما يجعل الفرصة سانحة لمراجعة الأخطاء، والتصرفات السلبية، والعدوانية المباشرة و غير المباشرة من خلال العناد والتأجيل، وغير ذلك .

ويمكن للقلوب أن تصفو في هذا الشهر الكريم . . مما يجعل الإنسان أكثر عطاءً مع زوجته ومع الآخرين . ويمكن للخلق أن يسمو حيث نجد التسامح والتقبل «وعين الرضا» التي تنظر للأمور بشكل إيجابي وبنّاء في العلاقة الزوجية والمنزلية .

وهكذا يمكن لشهر الصيام أن يكون مناسبة واقعية لمراجعة الذات وضبط النفس وصفاء القلوب وسمو الخلق مما ينعكس مباشرة على العلاقة الزوجية ويفتح لها آفاقاً أفضل يمكن أن تستمر شهوراً عديدة أو سنوات إذا رافق ذلك تصميم أكيد ورغبة حقيقية في الصلاح والإصلاح .

٦ الطلاق..أسبابه .. وطرق الوقاية منه

يعتبر الطلاق مشكلة اجتماعية نفسية . . وهو ظاهرة عامة في جميع المجتمعات ويبدو أنه يزداد انتشاراً في مجتمعاتنا في الأزمنة الحديثة .

والطلاق هو «أبغض الحلال» لما يترتب عليه من آثار سلبية في تفكك الأسرة وازدياد العداوة والبغضاء والآثار السلبية على الأطفال ومن ثم الآثار الاجتماعية والنفسية العديدة بدءاً من الاضطرابات النفسية إلى السلوك المنحرف والجريمة وغير ذلك . .

ومما لاشك فيه أن تنظيم العلاقة بين الرجل والمرأة وتكوين الأسرة قد نالت اهتمام المفكرين منذ زمن بعيد . ونجد في كل الشرائع والقوانين والأخلاق فصولاً واسعة لتنظيم هذه العلاقة وضمان وجودها واستمرارها . ويهتم الدين ورجال الفكر وعلماء الاجتماع وعلماء النفس بهذه العلاقة ، كل يحاول من جانبه أن يقدم ما يخدم هذه العلاقة لأن في ذلك استمرار الحياة نفسها وسعادتها وتطورها . .

وتتعدد أسباب الطلاق . . ومنها الملل الزوجي ، وسهولة التغيير وإيجاد البديل ، وطغيان الحياة المادية والبحث عن اللذات ، وانتشار الأنانية وضعف الخلق . . وكل ذلك يحتاج إلى الإصلاح وضرورة التمسك بالقيم والفضائل والأسوة الحسنة . .

ومن الأسباب الأخرى «الخيانة الزوجية» وتتفق كثير من الآراء حول استحالة استمرار الزوجية بعد حدوث الخيانة الزوجية ولاسيما في حالة المرأة الخائنة . وفي حال خيانة الرجل تختلف الآراء وتكثر التبريرات التي تحاول دعم استمرار العلاقة ! !

وفي بلادنا يبدو أن هذه الظاهرة نادرة مقارنة مع المجتمعات الأخرى . . ويمكن للشك والغيرة المرضية واتهام أحد الزوجين الآخر دون دليل مقنع على الخيانة الزوجية أن يكون سبباً في فساد العلاقة الزوجية وتوترها واضطرابها مما يتطلب العلاج لأحد الزوجين أو كليهما . . ذلك أن الشك يرتبط بالإشارات الصادرة والإشارات المستقبلة من قبل الزوجين معا . . ويحدث أن ينحرف التفكير عند أحدهما بسبب غموض الإشارات الكلامية والسلوكية التي يقوم بها ، كأن يتكلم قليلاً أو يبتسم في غير مناسبة ملائمة أو أنه يخفي أحداثاً أو أشياء أخرى وذلك دون قصد أو تعمد واضح مما يثير الريبة والشك والظنون في الطرف الآخر ويؤدي إلى الشك المرضي . وهنا يجري التدريب على لغة التفاهم والحوار والإشارات الصحيحة السليمة وغير ذلك من الأساليب التي تزيد من الثقة والطمأنينة بين الزوجين وتخفف من اشتعال الغيرة والشك مثل النشاطات المشتركة والجلسات الترفيهية والحوارات الصريحة إضافة للابتعاد عن مواطن الشبهات قولاً وعملاً .

وهنا نأتي إلى سبب هام من أسباب الطلاق وهو «عدم التوافق بين الزوجين» ويشمل ذلك التوافق الفكري وتوافق الشخصية والطباع والانسجام الروحي والعاطفي . وبالطبع فإن هذه العموميات صعبة التحديد . . ويصعب أن نجد رجلاً وإمرأة يتقاربان في بعض هذه الأمور . . وهنا تختلف المقاييس فيما تعنيه كلمات «التوافق» وإلى أي مدى يجب أن يكون ذلك . . ولابد لنا من تعديل أفكارنا وتوقعاتنا حول موضوع التوافق لأن ذلك يفيد كثيراً تقبل الأزواج لزوجاتهم وبالعكس . والأفكار المثالية تؤدي إلى عدم الرضا وإلى مرض العلاقة وتدهورها . وبشكل عملي نجد أنه لابد من حد أدنى من التشابه في حالة استمرار العلاقة الزوجية ونجاحها . فالتشابه يولد التقارب والتعاون والاختلاف يولد النفور والكراهية والمشاعر السلبية . ولايعني التشابه أن يكون الطرفان نسخة طبق الأصل عن أحدهما . ويمكن للاختلافات بين الزوجين أن تكون مفيدة إذا كانت في إطار التكامل والاختلاف البناء الذي يضفي على العلاقة تنوعاً وإثارة وحيوية .

وإذا كان الاختلاف كبيراً أو كان عدائياً تنافسياً فإنه يبعد الزوجين عن بعضهما البعض ويغذي الكره والنفور وعدم التحمل مما يؤدي إلى الطلاق .

ونجد أن عدداً من الأشخاص تنقصه «الحساسية لرغبات

الآخر ومشاعره أو تنقصه الخبرة في التعامل مع الآخرين» وذلك بسبب تكوين شخصيته وجمودها أو لأسباب تربوية وظروف قاسية وحرمانات متنوعة أو لأسباب تتعلق بالجهل وعدم الخبرة.

وهؤلاء الأشخاص يصعب العيش معهم ومشاركتهم في الحياة الزوجية مما يجعلهم يتعرضون للطلاق . . وهنا لابد من التأكيد على أن الإنسان يتغير وأن ملامح شخصيته وبعض صفاته يمكن لها أن تتعدل إذا وجدت الظروف الملائمة وإذا أعطيت الوقت اللازم والتوجيه المفيد . . ويمكن للإنسان أن يتعلم كيف ينصت للطرف الآخر وأن يتفاعل معه ويتجاوب بطريقة إيجابية ومريحة .

وهكذا فإنه يمكن قبل التفكير بالطلاق والانفصال أن يحاول الزوجان تفهم الطرف الآخر وحاجاته وأساليبه وأن يسعى إلى مساعدته على التغير . . وكثير من الأزواج يكبر سوياً . . ولايمكننا أن نتوقع أن يجد الإنسان «فارس الأحلام أو فارسة الأحلام» بسهولة ويسر ودون جهد واجتهاد ولعل ذلك من «ضرب الخيال » أو «الحلم المستحيل» أو «الأسطورة الجميلة» التي لاتزال تداعب عقولنا وآمالنا حين نتعامل مع الحقيقة والواقع فيما يتعلق بالأزواج والزوجات . ولايمكننا طبعاً أن نقضي على الأحلام ولكن الواقعية تتطلب نضجاً وصبراً وأخذاً وعطاءً وآلاماً وأملاً .

وتبين الحياة اليومية أنه لابد من الاختلاف والمشكلات في العلاقة الزوجية . ولعل هذا من طبيعة الحياة والمهم هو احتواء المشكلات وعدم السماح لها بأن تتضخم وتكبر . وهذا بالطبع يتطلب خبرة ومعرفة يفتقدها كثيرون . . وربما يكون الزواج المبكر عاملاً سلبياً بسبب نقص الخبرة والمرونة وزيادة التفكير الخيالي وعدم النضج فيما يتعلق بالطرف الآخر وفي الحياة نفسها .

ونجد عملياً أن «مشكلات التفاهم وصعوبته» هي من الأسباب المؤدية للطلاق . ويغذي صعوبات التفاهم هذه بعض الاتجاهات في الشخصية مثل العناد والاصرار على الرأي وأيضاً النزعة التنافسية الشديدة وحب السيطرة وأيضاً الاندفاعية والتسرع في القرارات وفي ردود الفعل العصبية . حيث يغضب الإنسان وتستثار أعصابه بسرعة مما يولد شحنات كبيرة من الكراهية التي يعبر عنها بشكل مباشر من خلال الصياح والسباب والعنف أو بشكل غير مباشر من خلال السلبية «والتكشير» والصمت وعدم المشاركة وغير ذلك . كل ذلك يساهم في صعوبة التفاهم وحل المشكلات اليومية العادية مما يجعل الطرفين يبتعدان كل عن الآخر في سلوكه وعواطفه وأفكاره .

وفي هذه الحالات يمكن للكلمة الطيبة أن تكون دواءً فعالاً يراجع الإنسان من خلالها نفسه ويعيد النظر في أساليبه . كما

يمكن تعلم أساليب الحوار الناجحة وأساليب ضبط النفس التي تعدل من تكرار المشكلات وتساعد على حلها «بالطرق السلمية» بعيداً عن الطلاق .

ويمكن «لتدخل الآخرين» وأهل الزوج أو أهلها وأمه أو أمها أن يلعب دوراً في الطلاق . . وهذا ما يجب التنبيه إليه وتحديد الفواصل والحدود بين علاقة الزواج وامتداداتها العائلية . والتأكيد على أن يلعب الأهل دور الرعاية والدعم والتشجيع لزوج أبنائهم وبناتهم من خلال تقديم العون والمساعدة «وأن يقولوا خيراً أو يصمتوا» إذا أرادوا خيراً فعلاً . .

وفي الأسر الحديثة التي يعمل فيها الطرفان نجد أن «اختلاط الأدوار والمسؤوليات» يلعب دوراً في الطلاق . مما يتطلب الحوار المستمر وتحديد الأدوار والمسؤوليات بشكل واقعي ومرن . حيث نجد كلا الطرفين يتهم الآخر بالتقصير ويعبر عن عدم الرضا ولكنه يستخدم مقاييساً قديمة من ذاكرته عن الآباء والأمهات دون التنبه إلى اختلاف الظروف والأحداث . ولابد لهذه المقاييس أن تتعدل لتناسب الظروف المستجدة مما يلقى أعباءاً إضافية على الطرفين بسبب حداثة المقاييس المستعملة ونقصها وعدم وضوحها .

ومن أسباب الطلاق الأخرى «تركيبة العلاقة الخاصة بزواج معين» كأن يكون للزوج أبناء من زوجة أخرى أو أن الزوجة

مطلقة سابقاً وغير ذلك . . وهذه المواصفات الخاصة تجعل الزواج أكثر صعوبة بسبب المهمات الإضافية والحساسيات المرتبطة بذلك . . ويتطلب العلاج تفهماً أكثر وصبراً وقوة للاستمرارفي الزواج وتعديل المشكلات وحلها .

ومن الأسباب ايضاً «تكرار الطلاق في أسرة الزوج أو الزوجة» . حيث يكرر الأبناء والبنات ما حدث لأبويهم ، وبالطبع فالطلاق ليس مرضاً وراثياً ولكن الجروح والمعاناة الناتجة عن طلاق الأبوين إضافة لبعض الصفات المكتسبة واتجاهات الشخصية المتعددة الأسباب كل ذلك يلعب دوراً في تكرار المأساة ثانية وثالثة . . ولابد من التنبيه لهذه العملية التكرارية وتفهمها ومحاولة العلاج وتعديل السلوك . .

ومن أسباب الطلاق أيضاً انتشار «عادات التلفظ بالطلاق وتسهيل الفتاوى» بأن الطلاق قد وقع في بعض الحالات . . ويرتبط ذلك بجملة من العادات الاجتماعية والتي تتطلب فهماً وتعديلاً وضبطاً كي لايقع ضحيتها عددٌ من العلاقات الزوجية والتي يمكن لها أن تستمر وتزدهر . والطلاق هنا ليس مقصوداً وكأنه حدث خطأ . .

وهكذا نجد أن أسباب الطلاق متعددة وأن الأنانية والهروب من المسؤولية وضعف القدرة على التعامل مع واقعية الحياة ومع الجنس الآخر ، أنها عوامل عامة تساهم في حدوث الطلاق .

ولايمكننا أن نتوقع أن ينتهي الطلاق . . فهو ضرورة وله مبررات عديدة في أحيان كثيرة ولايمكن لكل العلاقات الزوجية أن تستمر إذا كانت هناك أسباب هامة للانفصال ولايمكن تغييرها .

وفي النهــاية لابد من الإشــارة إلى دور العين والســحــر والشياطين وغير ذلك من المغيبات في حدوث الطلاق . . حيث نجد عملياً أن هناك إفراطاً في تطبيق هذه المفاهيم دون تريث أو حكمة من قبل كثير من الناس . ولابد من الإشارة إلى أن المسلم أو المسلمة محصن من شرور الشياطين وفعل السحر بالالتزام بالعبادات والطاعات والإكثار من التقرب إلى الله .

ومن الأولى بحث الأسباب الواقعية والملموسة ومحاولة تعديلها لعلاج مشكلة الطلاق وأسبابه والحد منه . وأيضاً مراجعة النفس والتحلي بالصبر والأناة والمرونة لتقبل الطرف الآخر وتصحيح ما يمكن تصحيحه في العلاقة الزوجية مما يشكل حلاً واقعياً ووقاية من التفكك الأسري والاجتماعي .

٧ الزواج في سن المراهقة

مما لاشك فيه أن تحديد السن الملائمة للزواج أمر يتعلق بالظروف الاجتماعية والثقافية إضافة للقيم السائدة .

ومن الصعب اتباع توجيه واحد في كل الظروف والأحوال . . ونجد مثلاً في المدينة الحديثة حيث ينتشر التعليم أن سن الزواج يتأخر بشكل عام بسبب إتمام الدراسة والتفرغ لأعبائها حيث أصبح شائعاً إتمام المرحلة الثانوية بالنسبة للفتيات وكثير منهن يؤجلن الزواج إلى ما بعد المرحلة الثانوية ، ونجد أيضاً في بعض الظروف الأخرى أن الفتاة تتابع دراستها الجامعية أو العليا ولاتتزوج إلا أثناءها أو بعد التخرج ، بينما ينتشر الزواج المبكر في البيئات الريفية والصحراوية بشكل أوضح منه في المدينة .

وتلعب الصفات الشخصية للفتاة دوراً في تحديد سن الزواج كأن تكون فائقة الجمال مما يؤدي إلى كثرة خاطبيها ومن ثم زواجها المبكر . ويشارك الأهل هنا في سرعة تزويجها خوفاً عليها من الفساد أو الانحراف ضمن ظروف اجتماعية ينتشر فيها الفساد وضعف الخلق ، وهكذا تشارك العوامل الاجتماعية والثقافية والشخصية في التبكير في الزواج .

والحقيقة أن التغيرات السريعة التي تمر بها البيئة العربية والمجتمعات الأخرى قد أحدثت مشكلات جديدة ومتنوعة لم

تكن معروفة سابقاً تتعلق بالتعليم والعمل وشكل الأسرة والمتطلبات المادية الاستهلاكية العديدة إضافة إلى تنوع أدوار المرأة والرجل وتغيرها .

والنظرة الواقعية إلى موضوع السن المناسب لزواج الفتاة توحي بأنه لايوجد حل مثالي وسن واحدة تلائم جميع الفتيات في مختلف الظروف .

ومن الناحية العضوية والنفسية يمكن لبعض الفتيات أن يتزوجن ولو كن في سن المراهقة وأن يقمن بدورهن كزوجة وأم إذا توفرت الامكانيات اللازمة لذلك .

وعند البعض الآخر يتعذر الحمل والإنجاب بسبب عدم انتظام الدورة الشهرية أو وجود الدورة غير الإباضية في السن المبكرة ويتحسن ذلك عادة خلال عدة سنوات أو من خلال العلاج المناسب .

ونجد بعضاً ممن تزوجن وهن صغيرات قد تعرضن لمشكلات زوجية ونفسية وعضوية . . وربما يزداد الطلاق في تلك الحالات حيث تعتبر الفتاة فيما بعد أنها تزوجت وهي صغيرة وغير واعية وأنها غير متناسبة مع زوجها ، كما تكثر حالات الطلاق في السن المبكروبعد فترة قصيرة من الزواج بسبب تردد الفتاة وتغيراتها العاطفية والفكرية المفاجئة فهي توافق أولاً ثم تغير رأيها مما

يتسبب في مشكلات اجتماعية وعائلية ونفسية . وكثيراً ما يعزى هذا التردد والتغير إلى الحسد أو العين وغير ذلك .

كما نجد عدداً من حالات الاكتئاب والقلق والإحباط وضعف الثقة بالنفس عند من تزوجن في سن مبكرة لأن الفتاة تجد نفسها أمام مسؤوليات الزواج المتعددة وهي لاتزال غير قادرة على تحملها وتجد أنه ينقصها كثير من المهارات والقدرات والمعلومات إضافة إلى النضج العام فهي لاتزال متقلبة العواطف والآراء ولاتزال حاجاتها العميقة العاطفية والتربوية دون إشباع . . وربما تكون قدراتها على العطاء العاطفي لزوجها أو أطفالها أقل من قدرات الفتاة الناضجة الأكبر سناً وهذا يولد المشكلات لها ولزوجها ولأطفالها فيما بعد .

ولابد للإنسان من أن يكون على درجة كافية من الإشباع والتوازن قبل أن يستطيع أن يعطي . . رجلاً كان أم امرأة ، وفي الزواج لابد من الأخذ والعطاء أما أن تبقى الفتاة طفلة كبيرة تأخذ فقط فهذا لايتناسب مع دورها الناضج في الأمومة وفي تحقيق دورها كزوجة صالحة ، والفتاة الصغيرة لاتزال بحاجة إلى التربية والخبرة والتوجيه في شؤون الحياة جميعها في مجتمع تطورت فيه الحياة وازدادت المعارف والعلوم والتقنيات إضافة للمسؤوليات .

وربما يكون الزواج المبكر مريحاً في حال وجود المنزل الكبير والأسرة الممتدة حيث تلقى الفتاة المتزوجة الرعاية والتوجيه ممن هم أكبر من سنها . . كما أن مسؤولياتها تكون أقل لوجود من يساعدها ويعلمها ويأخذ بيدها مثل الأم أو الجدة أو العمة أو الأخت الكبرى . .

ويتعذر الاستقلال في منزل منفرد في حالة الزوجة الصغيرة لأنها غير قادرة على تدبير أمورها العديدة بنفسها فهي تخاف إن كانت وحدها ولاتحسن التصرف في مواجهة الأمور ، إلا إذا نشأت وتدربت على ذلك .

ويمكن أن يكون الزواج المبكر حلاً مقبولاً لمنع فضيحة أو عار بما يتعلق بموضوع الشرف أو العرض . وفي أحيان أخرى يعكس الزواج المبكر مصالح الأسرة العامة والأهل من حيث المحافظة على النسب أو الجاه في تزويج الفتاة سريعاً من قريب لها أو من أسرة ذات جاه .

ونجد أن العوامل النفسية تلعب دورها أيضاً في التبكير في الزواج هروباً من مشكلات منزلية أو عائلية مستعصية على الحل . . أو يكون نتيجة لقلق الأم المبالغ فيه على مستقبل إبنتها حيث نجدها تسرع بدفعها نحو الزواج تحسباً لمخاطر المستقبل والعنوسة . . وغير ذلك من الأسباب نجده في حالات أخرى . .

وهكذا نجد أن الحياة تتنوع كثيراً وأن ما يصلح للبعض قد يكون ضاراً للبعض الآخر ولابد من مراعاة العوامل المتشابكة في تحديد ما هو الأفضل بالنسبة لمشكلات زواج الشابات والشباب وتقديم العون لهم بما يساعدهم على المضي في الحياة وأداء أدوارهم بشكل ناجح مفيد على المستوى الشخصي والاجتماعي.

٨ تعدد الزوجات دون ضوابط .. والآثار النفسية

مما لاشك فيه أن العلاقة بين الرجل والمرأة هي من أصعب الموضوعات الإنسانية من حيث فهمها وتنظيمها وضبطها .

والرجل والمرأة عالمان معقدان فيهما من الأسرار والخفايا . . ومن النوازع والرغبات ، ومن العواطف والانفعالات ، ومن القضايا ومن المشكلات ما يمكن أن يملأ صفحات كثيرة من الكتب والمقالات .

وكما هو معروف فالحب بين المرأة والرجل هو من أعظم أسرار الحياة . . وقد شغل الأدباء وعلماء النفس والاجتماع والقانون والإنسان العادي منذ القدم .

وما نعرفه اليوم عن العلاقة الحميمة بين الرجل والمرأة يمكن له أن يتغير ويتعمق ويتوسع مع ازدياد معرفتنا بهذا الكائن الإنساني (الرجل والمرأة) من حيث تفكيره وعواطفه وعلاقاته ومشاكله .

وفي ديننا الإسلامي يباح تعدد الزوجات ولكن ضمن حدود وضوابط العدل . . وإلا « فواحدةً» كما يقول القرآن الكريم .

ويبدو أن كثيراً من هذه الضوابط لايلتفت إليها الناس . .

حيث نراهم يعددون دون سبب واضح أو ضابط واضح . ويبدو أن بعض العادات الشائعة في بعض المناطق وفي بعض الأسر قد جعلت من التعدد تقليداً وعرفاً يجب أن يتبع دون النظر إلى مشروعية ذلك وحكمته .

كما أن انتشار اتباع الهوى ، والصراع بين المرأة والرجل ، والمشكلات الاجتماعية العامة ، ومشكلات الحياة الزوجية والملل الزوجي ، قد أدى إلى ازدياد حالات ظلم الرجل للمرأة وازدياد التعدد .

والآثار النفسية التي تلحق بالمرأة من جراء ظلم زوجها لها عديدة . . وقد تكون خطيرة في أحيان كثيرة . . وتبدأ بالقلق والحسرة والشعور بالضعف وعدم الأمان وفقدان الثقة بالرجل .

وفي العيادة النفسية نجد عدداً من الحالات . . وبعض السيدات يصفن شعوراً «بأن الأرض قد تزلزلت من حولها . . وأن كل ما بنته في حياتها من أسرة وزوج وأطفال يواجه خطر التهدم والتفكك . . وذلك بسبب قدوم الزوجة الثانية التي ستحطم حياتها وحياة من حولها» . وهذا بالطبع شعور مؤلم يستدعي القلق والأرق وانشغال الذهن والاكتئاب . ويمكن لهذا الشعور أيضاً أن يستدعي تصرفات وسلوكات دفاعية متنوعة تحاول المرأة من خلالها أن تدفع عن نفسها وعن ماحولها الخطر القادم . وقد يكون في هذه السلوكيات ما ضرره كبير ونتائجه سيئة من النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية .

والحقيقة أن الشعور بالظلم والغبن وأن «لاذنب لي» فيما حصل ، هو من أقصى المشاعر الإنسانية وهو يولد مشاعر سلبية تتعلق بالغضب والعدوان والانتقام . وتحاول المرأة ضبط هذه المشاعر وتنظيمها والحيلولة دون انفلاتها ، بل إن بعض النساء تتجاهل هذه المشاعر أو تكبتها مما يؤدي إلى ارتداد هذه المشاعر والتفاعلات الانفعالية إلى المرأة نفسها وإلى أجهزتها الجسمية وأعضائها ، فنراها تشكو من الصداع أو من الآلام المتعددة في البطن أو الظهر أو غير ذلك . وأيضاً يمكن أن يهيء ذلك لظهور وتطور بعض الأمراض الجسمية مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري والقرحة المعدية والأمراض الجلدية وغير ذلك .

ونجد عدداً آخر من النساء يبحثن في شخصيتهن وتصرفاتهن عن السبب الذي دعى الزوج إلى أن يفكر بثانية أو يتزوجها . . وتؤنب المرأة نفسها وتحاول أن تعدل من هيئتها بمختلف الوسائل . . وبعضهن يتطور لديهن وساوس حول أخطاء قديمة تحاول إصلاحها وتعديلها ولكن مدفوعة بمشاعر الغيرة والتنافس ودون هوادة . . وكثيراً ما تفشل هذه الطرق في إعادة الزوج إلى بيتها وأرضها .

وبعض النساء يخترن الانفصال والخصام ويهددن بذلك مما يحطم البيت الأول واستقراره ومما يؤثر سلبياً على الأطفال وعلى المجتمع الأكبر .

وبعض الرجال لايجاهر بزوجته الثانية . . ويتغير جو المنزل وتتغير كثير من التصرفات فيه .

وبعضهم يحاول أن يعوض زوجته عما فعله بشراء الهدايا والرحلات وغيرها . . وقد يثير ذلك قلق الزوجة واحساسها أن زوجها يخفي لها شراً . . فهي لم تتعود منه مثل تلك العطاءات .

وتبدأ غيرة الزوجة من منافستها المحتملة لأسباب غير ذلك كثيرة . . وقد تصل إلى مرحلة الشك والتفتيش والملاحقة والمرض النفسي مما يحول حياة المرأة إلى عذاب وحياة الأسرة إلى جحيم لايطاق .

وعندما يشهر الزوج سلاح «الزوجة الثانية» تحس المرأة بالكراهية الشديدة والنفور والغضب من الزوج .

وقد تتحول هذه الكراهية إلى الزوجة الثانية دون الزوج . . وفي كافة الأحوال فإن الشعور بالانجراح واهتزاز القيمة الشخصية هو الاستجابة الأولى . . ويلي ذلك مشاعر متعددة مثل اليأس أو التمرد أو القبول .

وتستيقظ مشاعر التنافس في داخل المرأة . . وبالطبع فإن التنافس له مقدمات طويلة في التاريخ الشخصي لكل فرد ابتداءً من التنافس بين الأخوة والأقارب وما يرتبط بذلك من عقد نفسية . والتنافس له وجه إيجابي إذا كان في الخير وإذا كان يشحذ

الهمم للوصول إلى تحصيل أفضل . . وقد يكون مدمراً ومعطلاً ومستنزفاً لطاقة الإنسان النفسية والعصبية إذا كان بدون قواعد واضحة مقبولة ومنطقية .

وتختلف ردود فعل المرأة بالطبع باختلاف الظروف الخاصة بها وبالعوامل المرتبطة بموضوع التنافس تحديداً وأيضاً بطبيعة الشخصية نفسها وأفكارها وقيمها وأساليبها .

ولابد في النهاية من التأكيد على أن المرأة بحاجة للعون في هذه الظروف التي تتعرض لها . . وذلك ممن حولها من القريبات والصديقات . . ولابد من استشارة أهل الخبرة والرأي أو الاختصاص إذا كانت ردود الفعل شديدة أو معطلة أو مرضية .

وأيضاً لابد من طلب العون من الأقرباء والأهل والزوج للتدخل وإصلاح ما يمكن إصلاحه ، وأيضاً لتأمين الحد الأدنى العادل والممكن للحافظ على توازن الزوجة وعلى الحياة السعيدة المقبولة .

٩ الرجل الشكاك وكيف تتعامل معه زوجته

في البداية لابد من التأكيد أن الشك المبالغ فيه بالآخرين هو مرض نفسي شديد . . ويصنف ضمن الاضطرابات النفسية الكبرى ، مع أن تصرفات المريض وكلامه وأداءه العملي قد لايتأثر باضطراب تفكيره إلا في حدود الفكرة المرضية نفسها . . وجوهر الاضطراب يكمن في ظهور فكرة أو أكثر تدور حول موضوع أذى الآخرين للشخص وأنهم يريدون إلحاق الضرر به أو دس السم له أو مراقبته والتجسس عليه ، ويمكن أن يكون هذا الاضطراب عابراً ومؤقتاً أو مزمناً . وتدل الدراسات النفسية أن مرضى الشك هؤلاء (أو ما يسمى البارانويا أو الزور و جنون الاضطهاد وهذياناته) قد يسببون خطراً للآخرين من خلال تفكيرهم المضطرب .

والنصيحة الأولى هي محاولة العلاج الطبي النفسي وإذا لم يكن ذلك ممكناً فإن زوجة المريض تستطيع أن تراجع طبيباً وتشرح له الأمور والأعراض المرضية كي ينظر في كيفية التدخل العلاجي المناسب وبمساعدة وإشراف الأهل .

والنصيحة الثانية هي الوضوح العام في التصرفات وعدم إخفاء بعض الأمور لأن مريض الشك عادة يتمتع بذكاء واضح

وهو يفسر الأحداث والتصرفات الغامضة بطريقة مرضية . فالغموض يساعد على ظهور أفكار اضطهادية ومخاوف في نفس المريض وقد تتحول أفكار المريض من الآخرين إلى زوجته ذات التصرفات الغامضة وأنها تريد أن تؤذيه أو تخونه وغير ذلك ، مما يمكن أن يتسبب في مشكلات كبيرة للطرفين والزوجة على وجه الخصوص مثل الاعتداء والأذى والضرب أو حتى القتل في بعض الأحيان ما لم يجر اتخاذ الخطوات الضرورية والاحتياطيات اللازمة والوقائية .

١٠ الزوجة الغيورة

من المعروف أن الغيرة هي شعور طبيعي إذا كان في الحدود المعقولة . . والغيرة يمكن لها أن تتحول إلى مرض واضطراب يفسد على الزوجة والزوج حياتهما . ووفقاً لشدة الحالة فإن الزوجة ربما تحتاج إلى علاج نفسي ودوائي كي تسيطر على غيرتها المرضية . .

وفي حالات كثيرة نجد أن العلاقة الزوجية تحتاج إلى علاج . حيث يكون الزوج غامضاً وبارداً من الناحية العاطفية مما يشعل نار الغيرة في الزوجة ويؤكدها ويساعد على استمرارها .

والحـــوار الزوجي دواء نافع وناجح وهو يعني الكلام والمشورة والحديث عن المشكلات والأحداث اليومية والعامة .

والحوا ر يحقق التواصل ويوضح المجهول والغامض ويعيد الثقة بالنفس والآخر .

وكما يقول المثل «لانار بلادخان» حيث نجد غيرة المرأة قد يكون لها أساس حقيقي . . ولكن بدلاً عن الاستغراق في مراقبة الزوج ومحاسبته وإزعاجه فمن الأفضل للزوجة مراجعة نفسها وأساليبها مع زوجها ومحاولة تحسين العلاقة الزوجية بكامل أبعادها . . والتجدد والتجديد ضمن العلاقة نفسها مما يطور العلاقة ويقويها ويعيد التعقل للمرأة والرجل معاً .

١١ الغيرة الزوجية

من المعروف أن «الغيرة» هي شعور طبيعي في الحياة المشتركة بين الزوجين إذا كانت ضمن الحدود المعقولة والمقبولة .

ويمكن أن تتحول الغيرة إلى مرض واضطراب نفسي متنوع الشدة . . وأقصاها أن يصل إلى الشك المرضي أو ما يسمى «هذيان الشك وعدم الإخلاص الزوجي» والذي يمكن أن يؤدي إلى نتائج خطيرة . وكثيراً ما نجد في العيادة النفسية أن الغيرة المرضية سببها العلاقة نفسها أي أن المريض هو «العلاقة الزوجية» وليس أحد الطرفين . حيث يكون نمط الاتصال والتفاهم بين الزوجين غامضاً وسرياً وفيه عدم الوضوح مما يثّبت أنواع الشك والغيرة لدى أحد الطرفين . ومالم يجري تصحيح وتعديل لنمط الحوار والتفاهم فإن المشكلة تزداد وتتفاقم وتتحول الحياة الزوجية إلى خصام مستمر ومراقبة وإحباط وغير ذلك . . ويمكن أن تنتهي العلاقة إلى الطلاق و العنف .

ولابد من مراجعة النفس وطلب العون والمشورة من ذوي الخبرة والاختصاص وتعديل أساليب التفاهم وزيادة الحوار المشترك البناء وتطوير القدرات التعبيرية كي تزداد الثقة ويعود الأمان إلى جو الأسرة .

١٢ الحمل والمرأة .. ملاحظات نفسية

الاكتئاب والحمل :

يعتبر الحمل ظاهرة فيزيولوجية طبيعية . . وهو ليس مرضاً . . والقدرة على الحمل والإنجاب نعمة كبيرة يفتقدها عدد غير قليل من الأزواج والزوجات (تقريباً ١٥٪ منهم) . ويحتاج الحمل إلى قدرات جسمية طبيعية وخلو الجسم من بعض الأمراض الخطيرة . . وهو يحتاج إلى الإعداد النفسي وقدر كافٍ من الصحة النفسية .

وتدل الإحصاءات على أن عدداً من الأعراض النفسية والاضطرابات يمكن أن يصاحب فترة الحمل ، وهي بشكل عام تصنف ضمن الاضطرابات النفسية الصغرى (Minor Psychia Tric Disorders) ومنها التوتر والقلق والاكتئاب والمخاوف والوساوس واضطراب الرغبة الجنسية وغير ذلك . . وهذه الأعراض والاضطرابات تكثر في الثلث الأول من الحمل مقارنة مع الثلث الثاني . بيتما تنتشر المخاوف المرتبطة بعملية الولادة أو تشوهات الجنين وشكله في الثلث الأخير من الحمل .

وأما الأعراض النفسية الشديدة فهي تقل في فترة الحمل مقارنة مع عينات من النساء في نفس سن الحوامل . . وكأن

الحمل يعطي وقاية وتماسكاً للشخصية وبنائها الداخلي النفسي والعصبي مما يحمي من التفكك والانهيار ويؤدي إلى حماية الجنين من جهة أخرى .

وتظهر الأعراض النفسية الشديدة في فترة الحمل مثل أعراض الفصام والهوس والاكتئاب الذهاني عند من لديهم استعداد لهذه الاضطرابات مثل وجود القصة العائلية المرضية ، أو تظهر ثانية وتشتد عند من تعرضت لنوبات سابقة من الاضطراب .

ويمكن أن تتحسن الحالة النفسية للمصابات باضطرابات نفسيه مزمنة بعد الحمل . . وعند بعضهن الآخر تزداد الحالة سوءاً .

وأما أعراض الاكتئاب في مرحلة الحمل فهي لاتختلف عنها في غير الحمل . وهي تشمل الشعور بالحزن والكآبة والكدر وفقد الاستمتاع بالنشاطات وبالأمور الاعتيادية والبكاء والتوتر وضعف الشهية والإرهاق واضطرابات النوم وعدد آخر من الأعراض والآلام الجسمية المتنوعة .

وتختلف هذه الأعراض من حيث شدتها واستمراريتها . . وأسباب الاكتئاب عديدة . . . ومما لاشك فيه أن الحمل غير المرغوب فيه يترافق مع أعراض اكتئابية متنوعة . . حيث يتحول الحمل إلى إحباط وإلى صدمة غير متوقعة تؤدي إلى الانزعاج

والغضب واليأس . . وتلعب الخلافات الزوجية دوراً مهماً في حدوث اكتئاب الحمل . . لأن الزواج غير المستقر والمهدد بالفشل والانهيار يضيف إلى المرأة قلقاً كثيراً وضغوطاً ثقيلة تقلل من قدراتها على التكيف مع الحمل وصعوباته إضافة إلى وطأة الضرورات الفطرية للاهتمام بجنينها المنتظر قدومه ومسؤولية توفير جو الأمان والاستقرار الذي سينشأ فيه .

وتلعب بعض العقد النفسية الشخصية دورها في اكتئاب الحمل . . حيث تبرز قضية الأمومة ومعانيها بشكل واضح . ويمكن أن يكون لدى المرأة موقفاً مؤلماً ومتناقضاً من موضوع الأمومة، ومزيجاً من المشاعر والاتجاهات والصراعات والذكريات السلبية والإيجابية المتناقضة . وذلك بسبب الظروف الشخصية الخاصة التربوية والأسرية والفكرية التي عاشتها وتمثلتها خلال تنشئتها . وعند الحمل تبرز هذه الصراعات النفسية وتؤدي إلى ظهور الانفعالات المكبوتة واليأس والحزن وبشكل مستمر أو متذبذب وفقاً لقدراتها على ضبط نفسها وأساليبها الدفاعية الأخرى وذكرياتها الخاصة .

ويمكن للأوهام والأفكار والمفاهيم السلبية الخاطئة المرتبطة بالحمل أن تؤدي إلى درجة من الاكتئاب والإحباط لدى بعض الحوامل ممن لديهن استعدادات خاصة أو ميولاً نحو المبالغة واليأس أو زيادة في الاهتمامات النرجسية الذاتية وضعفاً في تحمل المسؤولية .

ومثال ذلك تضخيم الأخطار الناتجة عن الحمل مثل النزيف وسقوط الجنين والموت . . والقصص المتداولة حول أمراض الحمل وأعراضه التي (لاتطاق) . . وأيضاً تضخيم ما يصيب الجسم من تغيرات من حيث الوزن والشكل وفقدان الجاذبية . . وأيضاً «تغير الحياة تماماً وانتهاء مباهج شهور عسل الزواج دون رجعة بسبب الحمل والأطفال . . ومعاناة آلام الحمل وإقياءاته وحركات الجنين وضرباته وآلام الولادة ورعاية الطفل» وغير ذلك . .

وهكذا نجد أن الحمل يشكل مرحلة هامة في حياة المرأة الطبيعية ولابد لها من الإعداد الطيب لذلك والمثل الصالح إضافة للرعاية الطبية والثقافة العلمية الكافية كي تستطيع ممارسة دورها ومسؤوليتها بنجاح ودون قلق مبالغ فيه أو اكتئاب معطل ، ويمكن أن تكون تجربة الحمل والولادة ذكرى رائعة من حيث التعاون مع الزوج في رعاية الجنين ومتابعة صحته وصحة الأم بشكل دوري وتفهم المراحل الطبيعية للحمل ومواجهة متطلباتها بشكل مسؤول ومتوازن وصولاً إلى الولادة وأفراح الحياة بقدوم الوليد. ويمكن للأهل وذوي الاختصاص أن يساعدوا المرأة في إعدادها واستعدادها للحمل ، ويمكن للمرأة ن تساعد نفسها من خلال التثقيف والوعي الصحي والنفسي وحضور الندوات والدورات الخاصة بموضوع الحمل وما يتعلق به .

ويمكن أيضاً للزوج أن يساهم بشكل إيجابي من خلال رعايته المستمرة لزوجته ومساعدتها والوقوف إلى جانبها معنوياً وعاطفياً وعملياً .

كل ذلك يساهم في الحد من المشكلات التي يمكن أن ترافق الحمل من الناحية العضوية والنفسية .

ما هو الوحم من الناحية العلمية ؟

يحدد الوحم من الناحية الطبية بظهور الإقياءات الصباحية (Morning Sickness) وهو ينتشر بين حوالي ٥٠٪ من الحوامل وتتفاوت الأعراض من حيث الشدة وتشمل الغثيان والقرف من الطعام و بعض الأطعمة والمشروبات والروائح . . وأيضاً القيء المتكرر . وتتحسن هذه الأعراض عادة بعد انقضاء فترة الصباح .

ويبدو أن هذه الأعراض ترتبط بالتغيرات الهرمونية في جسم المرأة الحامل والتي ترافق فترة الحمل ، وهذه الأعراض تزداد في حال الحمل التوأم . . وهي تستمر عادة لمدة ١٢ أسبوع (الشهر الثالث) . ويكفي عادة التطمين البسيط والدعم النفسي ولاتحتاج إلى علاج خاص في معظمها . . وتنصح الحامل بأن تعدل جلستها ببطء عند قيامها من السرير كي لايصيبها الغثيان والدوخة ، وأيضاً تنصح بالابتعاد عما يثير الغثيان من المأكولات و الروائح النفاذة وغير ذلك ، ويمكن أن تتناول خمس وجبات

خفيفة وأيضاً تناول البسكويت وغير ذلك من النصائح . . وفي بعض الحالات توصف بعض الفيتامينات وإذا كانت الأعراض شديدة والإقياءات مستمرة وأدت إلى تغيرات هـــامة في أملاح الدم وغير ذلك فالتشخيص يسمى فرط القيء الوخيم (Hyperemesis gravidarum) وهذه الحالات تحتاج إلى علاج طبي خاص .

ويؤكد بعض العلماد علاقة الوحم بالأسباب النفسية والقلق وفرط الحساسية العامة وموضوع تقبل الجنين ورفضه ، وبعضهم الآخر يؤكد على أهمية الأمور النفسية فيما يتعلق بدرجة وشدة حالة الوحم وأيضاً في تحسنها من خلال التطمين والدعم النفسي واستمرارية الحمل العملية مما يزيد من تكيف الحامل النفسي مع الحمل .

ومن الملاحظة فى مجتمعاتنا وبعض المجتمعات الأخرى أن الحامل تشتهي أنواعاً معينة من الطعام (مثل طبخة معينة)أو الشراب (شراب التوت) أو الفاكهة (الفراولة) ويسمى ذلك (شهوة) أو (وحماً) ، ويطلب من الزوج أن يبحث عن تلك الفاكهة المشتهاة التي طلبتها زوجته ولو في غيروقت توفرها كي يحقق لها رغبتها . . وهناك عدد من المعتقدات والأوهام حول تأثير إحباط الحامل فى حصولها على ماتشتهيه كأن يضر ذلك بالجنين أو أن تشوهاً سوف يظهر على وجهه أو جلده مما يسميه

العامة (الشهوة الجلدية) . وبالطبع لايوجد أي أساس علمي لذلك وربما كان ذلك نوعاً من التدلل من قبل الحامل ، حيث تطلب أموراً غريبة ويجري تنفيذ رغباتها كما يعكس ذلك رغبتها في أن يهتم بها زوجها ومن حولها من الأهل ، والحقيقةأن المرأة بطلباتها هذه (وحمها) تحفظ لنفسها درجة من التوازن والشعور بالرضا عن الذات وأيضا الشعور بالأهمية ، وربما كان ذلك وسيلة دفاعية ضد مشاعر النقص والدونية بسبب الظروف والإحباطات التي تتعرض لها المرأة ، وهنا يأتي مسلسل القهر الاجتماعي والرد عليه بأساليب قد تكون وهمية وغير ذات جدوى ، حيث تترسخ مفاهيم خرافية وأسطورية تدعمها المرأة نفسها ومن حولها بدلاً عن الإصلاح وتحسين الظروف المعاشية والفكرية للمرأة .

التوتر والخوف وصحة الجنين وعسر الولادة :

مما لاشك فيه أن الحمل والولادة حدث مهم من الناحية الطبية والنفسية والاجتماعية ، وهو يترافق بعدد من المشكلات الصحية ، وقد ساهم تطور الطب وتقدمه في التخفيف من المخاطر المرتبطة بالحمل والولادة وأصبحت الولادة تجري بيسر وأمان وسهولة .

ومما لاشك فيه أن قليلاً من القلق لدى المرأة الحامل لا بأس

فيـه لأنه يدفع إلى التنبـه والحيطة والأخـذ بأسـاليب السـلامـة والأمور المفيدة .

والقلق شعـور طبيـعي وضروري إلا إذا كـان مـبـالغـاً فيـه ومـعطلاً . وقـد وجـدت الدراسـات أن التـوتر المفـرط والقلق والخـوف المرتبط بـالحـمـل والولادة يمكن أن يؤدي في بعض الحالات إلى صعوبات طبية إضافية وأن يؤثر على الجنين نفسه ، والقلق الشديد ينتشر أكثر عند الحوامل الذين لايلتزمون بالمواعيد المقررة لمراجعة الأطباء للكشف الدوري قبل الولادة ، كما يمكن للقلق والخوف أن يؤثر على أداء المرأة للحركات الطبيعية المرافقة للولادة (Pushing) حيث تفقد سيطرتها على نفسها وتضطرب ولاتتعاون مع إرشادات الطبيب أو القابلة المولدة .

ويؤثر الخوف والقلق على الجنين نفسـه بعدة أشكال ومنها نقص التغذية المرافق القلق والذي يؤثر بدوره على الجنين ونموه ، وأيضاً من خلال عدم اتباع التعليمات الخاصة بالحركة والنظافة الجسمية المطلوبة للحامل مما يؤدي إلى عدة مشكلات طبية ، كما أن تقلص الرحم الناتج عن القلق الحـاد يمكن أن يؤدي إلى النزيف ، وغيـر ذلك من الملاحظات والفرضيـات التي تجـري دراستها .

ومن المعروف أن التوتر والخوف الشديد من الولادة يؤدي إلى التردد المتكرر على عدد من الأطباء والمستشفيات ومصادر

العلاجات الشعبية وإجراء استشارات وفحوصات إضافية واستخدام علاجات طبية أو تطبيق تعليمات شعبية قد تكون ذات أضرارعلى الحامل والجنين .

وهكذا لابد من التنبيه إلى تلك الحالات والتسلح بالوعي الصحي الضروري واتباع الأساليب العلمية وتقديم النصائح والخبرات المفيدة الإيجابية (الكلمة الطيبة المطمئنة) من قبل الآخرين والأهل وأيضاً مراجعة ذو الاختصاص والأطباء النفسيين عند اللزوم ومن ثم التوكل على الله وتسليم الأمر له مما يضمن تخفيف القلق والخوف والحد من آثارهما السلبية .

١٣ «الإجازة الزوجية» .. علاج مفيد وشائع ولكن لايكفي!!

مما لاشك فيه أن الحياة الزوجية تماثل الأعمال العادية المعروفة من حيث وجود المسؤوليات والواجبات والأعمال اليومية التي يجب إنجازها من قبل الرجل والمرأة . .

وهكذا فإن الإجازة الزوجية يمكن أن تكون مفيدة ومريحة للأعصاب، مثل الإجازة المطلوبة في الأعمال الأخرى للتخفف من بعض المسؤوليات والواجبات يستعيد بعدها الزوج أو الزوجة نشاطه وقوته .

كما أن الإجازة تسمح بأن يتأمل الزوج (رجلاً أو إمرأة) نفسه وعلاقته بعيداً عن حرارة الحياة الزوجية وصخبها ومشكلاتها مما يؤدي إلى هدوء الأعصاب والنظر بشكل مختلف وإيجابي إلى الحياة الزوجية لاسيما أن الفراق يثير «قلق الانفصال الفطري» والذي يستدعي ظهور أفكار إيجابية ودوافع الحفاظ على الأسرة والزوج .

إضافة إلى أن الابتعاد عن الشريك الزوجي يجعل كلا الطرفين يمارس الحياة اليومية وحده مما يذكر بأهمية الطرف الآخر والحاجة إليه ويؤدي ذلك إلى إثارة «عين الرضا» عن الآخر بدلاً عن «عين السخط» .

ومن المعروف أن اشتداد الخلافات الزوجية يمكن أن يفيده ابتعاد أحد الطرفين لفترة مؤقتة تقضيها الزوجة عند أهلها أو يقضيها الزوج في مكان ما .

وذلك لأن الخلافات الزوجية هي نوع من الصراع والعدوان بين الطرفين ويفيد إبعاد أحد الطرفين من رؤية الآخر مباشرة مما يقلل من النوازع العدوانية ويخفف الغضب ويفسح المجال للهدوء والتفكير المنطقي .

ويمكن للإجازة الزوجية إضافة إلى تخفيفها من حدة الصراعات الزوجية أن تساهم في منع تطور هذه الخلافات واستفحالها ، وهكذا فإن لها دوراً وقائياً أيضاً .

والحقيقة أن تعبير «الإجازة» قد لايكون دقيقاً عند استعماله في الحياة الزوجية ، ولكنه معبر ويحمل في طياته نوعاً من السخرية اللاذعة المفيدة والتي تؤكد على أن الحياة الزوجية بشكل عملي ليست «عسلاً صافياً» بل يشوبها كثير من المشكلات والخلافات وأنها يمكن أن تكون عبئاً وتعباً ولكن لابد منه . .

والحقيقة أن حل المشكلات الزوجية وتحسين العلاقة الزوجية يحتاج إلى جهود كثيرة وأساليب متنوعة . . ويتدخل في ذلك علم النفس والعلاج الزوجي العائلي ، إضافة إلى خبرات الحياة والمربين ، والأفكار العامة البسيطة ، بهدف زيادة الوفاق والتوافق الزوجي بشكل يضمن مزيداً من الاستقرار والسعادة في الحياة الزوجية .

١٤ الحياة الزوجية والحب والصداقة و«العشرة»

مما لاشك فيه أن الحياة الزوجية تتنوع أشكالها كثيراً . . ويجد الإنسان حوله نماذج مختلفة ومتناقضة من العلاقات الزوجية .

والحب بين الزوجين يبقى هدفاً وحلماً بشرياً قديماً ومتجدداً . . وهو يعني أن يجد الإنسان في شريكه الزوجي الصفات والأوصاف التي يحبها في الشكل والتفكير والقيم والسلوك ، وهذا ما يجعل العلاقة متناغمة ورائعة .

وبعض العلاقات الزوجية تبدأ بالحب ويستمر ذلك الحب سنوات طويلة تسودها السعادة والتوافق والهناء والاستقرار .

ويبدو أن هذه العلاقات ليست شائعة أو كثيرة وقليل من الناس من يتمتع بمثل هذه العلاقة . . وهذا ما يجعل الحب هدفاً مثالياً وليس واقعياً تتوق له النفس وتحلم بتحقيقه . والواقع يؤكد صعوبة الوصول إليه ، وتفسير ذلك له عدة أوجه منها أن العواطف والمشاعر يمكن لها أن تتبدل وأن تتغير . . ومنها أن الحب والكره مرتبطان بشكل وثيق وبالتالي فإن الحب يمكن أن ينقلب كرهاً وعداوة . . ومنها «أنه بالحب وحده لايحيا الإنسان» أي أن الحياة اليومية والعملية لها متطلبات ومسؤوليات وقوانين

ثقيلة لاتسمح للعواطف الجميلة وحدها أن تحكم الحياة . وبالطبع فإن طبيعة المجتمع والثقافة السائدة ترسم أشكالاً مختلفة للعلاقات الإنسانية ومدى انتشارها في مختلف المجتمعات . والمجتمع المعاصر بثقافته المادية والفردية له دور كبير في تحطيم القيم المثالية والعاطفية وتفريغ كلمة «الحب» الجميلة من مضمونها الروحي والمثالي وتحويلها إلى لذة جسدية كما هو سائد في عدد من المجتمعات .

وهنا تبرز أهمية تحديد المصطلحات مثل الحب والصداقة «والعشرة» . . والمستعملة في ميدان العلاقات الزوجية . . وأيضاً تحديد ما هو المقصود بكل منها على حدة .

وربما تمتزج الصداقة مع الحب في العلاقات الناجحة والمستقرة والمثمرة ومثل ذلك مصطلح شريك العمر«أو شريكته» .

ونجد في كثير من العلاقات الزوجية أنها لاتقوم على الحب أو الصداقة بل إن ما يجمع الطرفين هو نوع من التعود والروتين والألفة بحكم مرور الزمن والعيش المشترك . وليس هذا «شرٌ كله» بل فيه شيء من التكيف والإنسانية ، لأن الألفة والمعاشرة تخلق نوعاً من المشاعر الإيجابية والتصرفات المناسبة المقبولة وهذا يفسر جزءاً من طبيعة الإنسان وعلاقاته وضرورة تكيفه مع الآخر وفقاً للظروف المحيطة . ويكمن الشر في أن تتحول العلاقة بين المرأة والرجل إلى قوالب فارغة من أية مضمون عاطفي أو معنوي

إيجابي ، وحيث تكون الثقة مهزوزة بين الطرفين . وبشكل يؤكد على التمسك بالشكل والنفاق الاجتماعي ويستنفذ الطاقات والجهود لإبراز كل ماهو سطحي وتافه دون البحث عن تطوير العلاقة الإنسانية الزوجية وإغنائها من الداخل .

وهكذا يمكن للحياة أن تستمر مع مختلف أشكال العلاقات الزوجية الحسنة والسيئة وما بين ذلك ، وتبقى الحياة غنية بتنوعها . . والمهم أنه يمكن للإنسان أن يتغير وأن يحسن من حياته وتكيفه في علاقته الزوجية حيث يمكن «للعشرة» أن تتضمن درجات من الحب ، كما أن الصداقة نفسها تحتوي على الثقة والتبادل والعون والراحة المشتركة ، وهذا ما يحتويه الحب الناضج والمسؤول ولكن يزيد عليه بعمق التفاعل وغزارة العواطف والارتباط .

الفصل الرابع

حول مشكلات الأطفال والمراهقين

١ ذكاء الطفل وكيف ننميه في مجتمعاتنا؟

يتعلق الذكاء الإنساني بوجود عدد من القدرات الشخصية مثل القدرات اللفظية وسهولة استعمال الكلمات والقدرات الحسابية وأيضاً إدراك الأمور المتشابهة والأمور المختلفة وقوة الذاكرة والقدرات البصرية والحسية الأخرى إضافة للتناسق العصبي العضلي الحركي وغير ذلك . . .

وهذه القدرات مرتبطة بالبنية العضوية الوراثية للفرد كما أن الظروف التربوية والاجتماعية لها دور هام في تطور الذكاء وزيادته وأيضاً في جموده وتعطله .

والتخلف العقلي ينتشر في معظم المجتمعات بنسب متشابهة وهي تقدر بحوالي ٣٪ من الناس . وتتراوح شدة التخلف بين خفيفة ومتوسطة وشديدة . وتقيس اختبارات الذكاء المتعددة جملة القدرات العقلية للفرد وهي تعطي مفهوماً تقريباً عن ذكائه .

ومما لاشك فيه أن ما تقيسه اختبارات الذكاء لايعكس قدرات الشخص التكيفية ومدى نجاحه في حياته العملية ، فهناك ما يسمى بالذكاء العلمي والذي لا يتوازى مع تطور الذكاء النظري . وإذا تحدثنا عن مستوى الذكاءفي مجتمعاتنا نجد أن جميع الشعوب متشابهة من حيث وجود التخلف العقلي ،

والذكاء المتوسط ، والذكاء الممتاز بشكل عام . والتخلف الحضاري الذي نعيشه يعكس درجة من التخلف الذهني والتربوي في أحد جوانبه ومثلاً فإن انتشار الأمية بكل أشكالها شاهد على أهمية التنمية بجوانبها التعليمية والتثقيفية للوصول إلى تقدم علمي وحضاري .

ومما لاشك فيه أن التعليم والتدريب منذ الصغر يزيد من مستوى الذكاء وكذلك الرعاية الصحية والبدنية إضافة للاستقرار النفسي والاجتماعي . ذلك لأن كل ما يؤثر على الجهاز العصبي سلبياً يقلل من تركيز الذهن أو الانتباه ، من خلال ارتفاع درجات القلق والتوتر ، أو اجترار الآلام والمشكلات ، أو من خلال الضعف الجسمي ونقص التغذية . . وكل ذلك يؤثر على القدرات العقلية بالتحليل الأخير . وأساليب التربية التي تشجع الفرد وتكسبه الثقة بنفسه تزيد من قدرات الفرد وتحصيله وذكائه . وفي مجتمعاتنا النامية تحققت كثير من الإنجازات على صعيد التعليم والثقافة وعلى صعيد التنمية العامة في مختلف المجالات . .

ولازال ينقصنا الكثير في مجال تشجيع القدرات الابتكارية والإبداع في مختلف الميادين . وتشجيع الموهوبين موضوع هام وتجري كثير من الدراسات لتبيين أفضل الطرق في تنمية المواهب وتسهيل الظروف أمام تقدم العقلية الابتكارية الإبداعية والتي ينعكس مردودها على المجتمع ككل .

ومن ذلك إعداد البرامج الدراسية الخاصة للأشخاص المتفوقين وتزويدهم بالمواد الأولية والحوافز واختيار الألعاب الخاصة والتأكيد على التشجيع المنظم في مختلف المراحل الدراسية والعملية .

ولا تزال الأبحاث جارية في مضمار التعرف على الأطفال الموهوبين وذوي القدرات الخاصة لتنمية ما عندهم . وبعض الأبحاث تؤكد على ضرورة البدء في تعليم الأطفال منذ سن مبكرة جداً وحتى منذ السنة الأولى للعمر فيما يسمى «مشروع الطفل العبقري» . ولم تثبت نتائج مثل هذه الأبحاث بعد إضافة إلى الانتقادات الكثيرة التي يمكن أن توجه لمثل هذا المشروع . ومن المعروف أن القدرة على الابتكار والتجديد تتضمن سعة المعرفة والاطلاع وأيضاً ازدياد النشاط التخيلي إضافة إلى وجود درجة مقبولة من الذكاء . .

ولابد من التأكيد على توفير مثل هذه الأساليب في العملية التربوية ومنذ الصغر ابتداءً من البيئة المنزلية ومروراً بالبيئة المدرسية والاجتماعيةوالعملية .

ولعله من المثير للانتباه والتأمل أن كلمة «إبداع و ابتكار» لاتتكرر في لغتنا اليومية وحواراتنا بينما نستعمل كثيراً من الكلمات التي تتضمن التقليد والاجترار والاستهلاك السلبي . وكأن هناك حاجزاً يدفعنا بعيداً عن التجدد والتغيير والابتكار . .

ونحن ننظر بعين الريبة والشك تجاه كل جديد أو غريب . . وهذا يشكل أحد الأمراض الاجتماعية التي تعاني منها مجتمعاتنا .

ولابد لنا من النظرة المتـــوازنة إلى الماضي والحـــاضـــر والمستقبل . . فلا نكتفي بما أنتجه وأبدعه عظماؤنا وأجدادنا في تاريخنا العربي الإسلامي في مختلف المجالات . . ولابد من تطوير أنفسنا وأساليبنا بما يتناسب مع متطلبات الحياة المعاصرة والاتجاه نحو الإنتاج والإبداع فيما يتناسب مع مجتمعنا وثقافتنا وفيما يضمن لنا مزيداً من الصحة والعافية .

٢ دور الأم في ثقافة أبنائها

في البداية لابد من التأكيد على أن الثقافة في كل المجتمعات تنتقل إلى أبنائها عبر عدة وسائل وأولها البيئة المنزلية ، ومن ثم المدرسة ووسائل الإعلام والمؤسسات الاجتماعية والثقافية المتنوعة .

وتلعب الأم دوراً مهماً وأساسياً في نقل ثقافة المجتمع من خلال أساليب تربيتها لأبنائها وتوضيح القيم الأخلاقية والدينية من خلال الحرام والحلال والمسموح به والممنوع . والأم «مدرسة إن صلحت صلح الأبناء» وفي موقعها اليومي وإحتكاكها مع أبنائها فرصة كبيرة لإنجاح العملية التربوية ، كما أن موقعها النفسي المتميز وأهميتها بالنسبة لأبنائها يجعل تصرفاتها وتوجيهاتها محوراً أساسياً يرى الطفل من خلاله العالم والحياة . . وعندما تضطرب هذه العلاقة الثنائية تنشأ مشكلات كثيرة واضطرابات نفسيه واجتماعية . وهناك ما نسميه «العلاقة الجيدة أو العلاقة السيئة» التي تنشأ مبكراً ، وهي تحدد رؤية الطفل إلى العالم والحياة فيما بعد على أنها إما سعيدة ومريحة وناجحة أم أنها فاشلة أو مزعجة أو حزينة .

وهكذا يمكن للأم أن تقوم بدور أساسي في ثقافة أبنائها في مختلف النواحي الفكرية والخلقية والعاطفية . وكلما كانت الأم

«أكثر جهلاً» كلما أثر ذلك في الأبناء. وأيضاً تنعكس درجة تمسكها الأخلاقي والديني على أبنائها. وينعكس أيضاً عدم توازنها العاطفي أو مشكلاتها هي على الأبناء بشكل سلبي. ومن الواضح أن الأبناء عندما يرون اهتمام الأم بالأمور الفكرية والثقافية من خلال مناقشتها أو من خلال حبها للقراءة والاطلاع فسوف يكون لذلك تأثير إيجابي في دفعهم نحو مناهل الثقافة المتعددة سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً.

وفي مجتمعاتنا نجد الثقافة قد تطورت وتعددت جوانبها وهي لاتقتصر على المعلومات العامة فقط بل أيضاً على فهم الحياة وطرق التعامل مع الآخرين والقيم الأخلاقية والروحية وغير ذلك. ولابد للمرأة من أن تطور قدراتها وإمكانياتها وأن تكتسب ثقافة مناسبة كي تستطيع أن تساهم بدورها بنجاح في ثقافة أبنائها وتوجيه وعيهم وسلوكهم نحو الطرق الصحيحة والناجحة.

٣ الوضعية المأزقية للأخ الأكبر

تتميز وضعية الأخ الأكبر عن وضعية باقي الأخوة في مجتمعاتنا وتقاليدنا . ويمكن وصفها بأنها وضعية مأزقية بسبب التعارض بسبب ميزات هذه الوضعية ومسؤولياتها وبين صعوبة تحقيق الأدوار المناطة بها بسبب تغير الظروف المعيشية والحياتية والاجتماعية في العصر الحديث .

وعادة يمثل الأخ الأكبر رمز السلطة الأبوية والنائب الأول للأب ، ويرتبط بذلك حصوله على موقع هام في الأسرة والمجتمع من حيث الاحترام وأخذ المشورة وعدد من المكاسب المادية ، إضافة للمسؤوليات المادية والمعنوية الملقاة على عاتقه والتي تتجلى من خلال مشكلات الحياة اليومية للأخوة أو في المناسبات الخاصة . ويحاط الأخ الأكبر بهالات ومبالغات وتوقعات من الآخرين قد يصعب عليه الوصول إليها أو ممارستها مما يحمله أعباءً إضافية وإرهاقاً عصبياً ونفسياً لايستطيع كل أخ أكبر أن يتحمله مما يؤدي به إلى عدد من الاضطربات أو إلى تخليه عن دوره أو تقاعسه فيه .

ومن ناحية أخرى يمكن للأخ الأكبر أن يسيء استعمال صلاحياته وأدواره المرسومة له من قبل العادات والتقاليد الراسخة في أعماق الجميع . وإساءة استعمال الصلاحيات

تتجلى في التحكم الزائد بمن هم أصغر منه أو استغلال أموالهم وغير ذلك . وبعضهم يتخذ دوراً قمعياً وديكتاتورياً ولايسمح بالمناقشة أو إبداد الرأي بل يتشبث برأيه ولو كان خطأ . . وبعضهم يتفوق على أبيه (وهو نائبه) في صفاته السيئة كالبخل و العناد و التسلط ، مما يمكن تفسيره بأنه نوع من «التماهي بالمتسلط» من الناحية النفسية . ويعني ذلك رفض الإبن الأكبر لصفات أبيه السلبية ولكنه لايستطيع أن يوضح رفضه هذا بل يتبنى بشكل شعوري ولاشعوري أساليب أبيه القهرية السلبية ويطبقها مع من هو أضعف منه من إخوته وغيرهم . وهذا ما يوضحه المثل القائل إنه «قيصري أكثر من القيصر» . وكل ذلك يفسح المجال لظهور النزاعات والصراعات والتمرد وزعزعة الثقة بالعادات والتقاليد .

وهذا ما يتطلب وعياً أكبر ومراجعة للنفس وضبطها من قبل الأخ الأكبر كي يستطيع المحافظة على أدواره بشكل إيجابي .

ومن ناحية أخرى فإن الإبن الأكبر يتعرض أثناء نموه وتربيته لمزيج خاص من رغبات وآمال أبيه وأمه وحتى أجداده وجداته . . كل يرى فيه نقاطاً معينة وأحلاماً خاصة ويدفعه وفقاً لتطلعاته واسقاطاته النفسية في إتجاهات وسلوكات قد لا تتناسب مع عمر الإبن الأكبر أو شخصيته أو رغباته .

وبالنتيجة يمكن أن يصبح مدللاً بإفراط أو أن يحدث له بعض الاضطرابات النفسية والشعور بالنقص أو القلق والتناقض مما

يطبع حياته لسنوات عديدة وذلك وفقاً لنوعية رغبات الأبوين وأساليبهم .

والبعض الآخر من أكبر الأبناء يتبنى قيم الآباء والمجتمع والتقاليد بشكل أكثر من أخوته ويمكن أن نصفه بأنه تقليدي ومطيع وأقل تمرداً من الإبن الثاني أو الثالث . وذلك بحكم التصاقه الأول بالأبوين .

كما يتعرض الإبن الأكبر لأخطاء المربين من الآباء والأمهات وتجاربهم التربوية غير الناضجة بإعتباره الابن الأول (ذكراً كان أو أنثى) مقارنة مع الأبناء الآخرين بسبب ازدياد تجارب الأهل في التعامل مع الأطفال التالين . وقد يزداد الشعور بالتنافس والإهمال لديه بعد ولادة أخوة وأخوات له ، مما يمكن أن يؤدي إلى عقد النقص والرفض وغير ذلك من المشاعر المؤلمة ما لم ينتبه المربون إلى حساسية هذه الأمور وضرورة إعطاء كل طفل حقه من الرعاية والاهتمام والتشجيع ، وضرورة الالتزام بعدم التفرقة بين الأبناء في الأمور المادية والمعنوية .

وهكذا نجد أن هناك تنوعاً في مشكلات الأخ الأكبر أو الإبن الأكبر وهي تختلف وفقاً لظروف أسرته وطبيعة الأبن نفسه . وهناك بعض الجوانب الإيجابية والقيم المفيدة في تنظيم المجتمع والأسرة . . ولابد من التأكيد على أن تغيرات الحياة المعاصرة والاهتمام بالفردية والاستقلالية وضخامة المسؤوليات

المادية والمعنوية على الأفـراد وتنوع الحـيـاة واغـتـنائهـا يمكن أن يضـعف من أهمية فارق السن وتسلسل الولادة ، وأيضـاً أن يغير من الأدوار المناطة بالأكـبـر سناً كـمـا يمكن أيضـاً أن يجـعل هذه الوضعية أكثر مأزقية وصعوبة .

٤ أمي عدوتي ؟!!

مما لا شك فيه أن هذا التعبير يمتلىء بالبشاعة المتناهية والقبح الشديد إضافة إلى انعدام الحياء والخلق . وعندما تصبح الأم عدوة لابنتها فهذا يعني إنقلاب القيم وتحطم الموازين وأن شيئاً خطيراً يجري في حياة تلك الإبنة وأمها .

وتتعدد الأسباب والمشكلات التي يمكن أن تحول العلاقة الأمومية إلى علاقة عدائية . . ويحدث ذلك في حالات اضطرابات الشخصية الشديدة عند الأم والتي تتظاهر بتخلي الأم عن دورها الطبيعي في العطاء والرعاية والرحمة لأبنائها وبناتها . . كأن تكون مفرطة الأنانية أو مفرطة القسوة أو خبيثة تحيك المؤامرات والحيل لمصالحها الشخصية . ويمكن لتعاطي المخدرات والمسكرات أو الانحراف الجنسي والسلوكي والتصرفات المضادة للمجتمع أن تحطم العلاقة الأمومية السليمة بالأبناء والبنات . وفي بعض الأمراض العقلية الذهانية يمكن أن يحدث مثل هذا الخلل في العلاقات الحميمة بسبب اضطراب التفكير وظهور الهذيانات المتعددة والشكوك ما لم تعالج مثل هذه الحالات بشكل صحيح .

وأما من جهة البنت فإن الأسباب التي تجعلها تعتبر أمها عدوة لها يمكن أن تكون أسباباً مشابهة لاضطراب الأم من حيث

اضطراب شخصية البنت وضعف الالتزام الخلقي والديني والتربوي وأيضاً الاضطرابات العقلية والشك المرضي وغير ذلك . .

ولابد من الإشارة إلى أن العلاقات الحميمة بين أقرب المقربين ليست حباً خاصاً . . وينطبق ذلك على العلاقة بين الأبناء وأمهاتهم وآبائهم وأيضاً بين الأبناء والبنات أنفسهم .

وذلك لأن أية علاقة إنسانية طبيعية فيها جوانب من الإحباط إضافة إلى الإشباع . . والإحباط يولد المشاعر السلبية والكره . . وتتدرج هذه المشاعر السلبية في شدتها ونوعيتها ومنها الانزعاج العادي والغضب والسباب والشتيمة وتصل في شدتها إلى العداوة الواضحة والبغضاء وإلى الإيذاء والقتل في أحيان أخرى نادرة .

وهكذا نجد في العلاقة الطبيعية العادية درجة من المشاعر السلبية إضافة إلى المشاعر الإيجابية والتي تطغى عليها عادة . وهذه المشاعر السلبية لايمكن التعبير عنها بشكل واضح وصريح في كثير من الأحيان بسبب الشعور بالذنب و الخوف أو القيم . ويؤدي كتمان هذه المشاعر والخوف منها وعدم تقبلها على أنها جزء طبيعي من حياة البشر . . يؤدي إلى التعبيرات الملتوية والمتعددة المظاهر عن هذه المشاعر . كما يمكن أن تؤدي إلى القلق الغامض أو إلى الرغبة الشديدة في التنافس والحسد أو إلى

أعراض مرضية جسدية أو إلى إزعاج الأبوين بشكل غير مباشر كأن تؤجل تنفيذ طلباتهم و تنسى أو غير ذلك من مظاهر كبت المشاعر السلبية العدوانية .

ولابد من تقبل هذه المشاعر دون الشعور المبالغ فيه بالذنب كي لاتنفلت هذه المشاعر المزعجة أو تتضخم دون ضبط أو فهم و تقبل .

وبعض الأشخاص تظهر في أحلامهم المزعجة أو في الكوابيس المتكررة صوراً ورموزاً تعبر عن غضبهم وانزعاجهم من الأم أو الأب أو الأخوة المنافسين لهم ، وهم يتألمون من ذلك ويتنصلون من مشاعرهم ويعزونها إلى الجن أو الشياطين أو اقتراب الجنون . . ولايمكنهم أن يتقبلوا أنفسهم وإحباطاتهم من أقرب الناس إليهم وما ينتج عن ذلك من مشاعر سلبية ومؤلمة .

وهكذا فإن الأب أو الأم أو الأخوة لايمكن أن يكونوا خيراً مطلقاً . . فهم بشر وليسوا ملائكة ولابد من تفهم مشاعر الإحباط والغضب وعدم الهروب منها بل تقبلها وهضمها وتعديل ما يمكن تعديله من مشاكل التفاهم أو من السلوكيات غير المتوافقة عن طريق الحوار وأخذ المشورة والتفكير الإيجابي . . وما لايمكن تغييره و تعديله يجب الصبر عليه والتأكيد على الصفح والتسامح والخلق الحسن .

وفي حالة البنت التي تحس بمشاعر سلبية تجاه أمها نجد أن ذلك منتشر ولاسيما في مرحلة المراهقة وتبدأ بوادر ذلك منذ الطفولة ومع التقدم في العمر وممارسة البنت لأدوارها الزوجية والأمومية تتغير الصورة عادة بأن تطغى المشاعر الإيجابية وتخف حدة المشاعر السلبية ومظاهرها المتعددة .

وترجع هذه المشاعر السلبية النشيطة إلى تنافس البنت مع أمها فهي تقلدها وتأخذ أدوراها في أعمال المنزل والمظهر الثياب منذ الطفولة . ومن المعروف أن الأم أيضاً تنافس ابنتها وتحاول السيطرة عليها بشكل أو آخر وكل ذلك من الأمور العادية التي يمكن تفهمها وتقبلها والانتباه إلى عدم التطرف والمبالغة في عمليةالتنافس هذه . وفي بعض الحالات وبسبب بعض الظروف أو الحاجات الشخصية غير المشبعة تحدث المبالغة وزيادة المشاعر السلبية العدائية والتنافسية إلى درجة تسبب المشكلات ولاسيما في مرحلة المراهقة . ولابد من تخفيف هذه المشاعر من خلال تفهمها وتعديلها بجرعات من الحب والعطاء والرعاية من قبل الأم فالمراهقة تتميز بالتمرد والتقلبات الفكرية والعاطفية والتجارب المتعددة في مختلف المجالات وربما يكون قليل من التمرد لابأس فيه ما لم يكن تطرفاً وتصرفات شاذة وغريبة . وعادة يتغلب الجانب الإيجابي في العلاقة بين الأبناء والآباء والبنات والأمهات ويتمثل الجيل الجديد القيم والصفات

الإيجابية التي يحملها الأهل . وإلا فإن عدداً من العقد النفسية والاضطرابات السلوكية والشخصية والصراعات تنتج عن ذلك، وربما يحتاج الأمر إلى المساعدة النفسية والتربوية للتخفيف من تلك المشكلات .

وعندما تتحول الأم أو الأب أو الأخ إلى عدو صريح فهذا يعني شذوذ العلاقات الحميمة وتفسخها واضطراباً في الأسرة والشخصية لابد من تفهمه وضبطه ومناقشته . . كما لابد من حماية الطرف الأضعف من الاستمرار في العيش ضمن هذه العلاقات . ولابد من تدخل الأهل والأقارب والمؤسسات الاجتماعية والدينية والقانونية لتوفير الحد الأدنى من الرعاية لضحايا هذه الأسر والشخصيات . ويمكن للمؤسسات الصحية أيضاً أن تلعب دوراً في الرعاية وإعادة التأهيل وفي التخفيف من الآثار والآلام الناتجة عن ذلك .

٥ الانطواء.. والمثالية الزائدة.. والعلاج ☆

تتميز الشخصية الانطوائية بعدد من الصفات والسلوكيات المتكررة والمستمرة وأهمها العلاقات الاجتماعية المحدودة وتجنب المواقف والنشاطات الاجتماعية ، مع حساسية مبالغة للنقد . . وهكذا نجد أن الشخص الانطوائي قليل الكلام متحفظ في تصرفاته أمام الآخرين ويبدو عليه عدم الارتياح والترتر . كما أنه يراقب نفسه باستمرار وتراوده مشاعرالنقص وعدد من الأفكار التي تدل على ضعف الثقة بالنفس .

كما أنه يضخم المخاطر عموماً ويبتعد عن كل جديد وعن المغامرة وأسلوب حياته اليومي مقيد وبطيء ومتردد .

وهذه الصفات تنتشر عند الأطفال والمراهقين والكبار وهي تؤدي إلى تعطيل الإنسان وعدم استغلاله لطاقاته الكامنة كما أنها تجعله فريسة للقلق والانزعاج والاكتئاب .

وأما الأسباب التي تؤدي إلى الانطواء فهي متعددة . . وربما تلعب الوراثة دوراً في تكوين حساسية خاصة في الجهاز العصبي مما يستدعي التجنب والانطواء . . وتلعب العوامل النفسية والتربوية دوراً هاماً في ذلك مثل العلاقات المرضية القلقة وغير الثابته بين الطفل والأبوين في المراحل المبكرة من النمو . . وأيضاً

☆ هذا المقال مأخوذ باختصار وتصرف من كتابي الخوف الاجتماعي (الخجل) ١٩٩٣م .

عدم الاطمئنان والتغيرات المفاجئة التي يتعرض لها في محيطه . وأيضاً عدم تطور القدرات الاجتماعية لدى الطفل أو المراهق بسبب عدم التشجيع على الاختلاط بالأقران والتخويف المبالغ فيه من الناس .

وتلعب المثالية المفرطة دوراً هاماً في نشوء القلق والتردد والانطواء الاجتماعي . حيث أن كثرة الأوامر والممنوعات تقيد حركة الإنسان وتجعله رسمياً شكلياً وغير تلقائي خشية أن يخطىء . . وعندما يخطىء يعذبه ضميره بشكل مفرط لأن تصرفه لم يكن مطابقاً للشروط والمقاييس المطلوبة مما يشعره بأنه ناقص وضعيف وغير كفء لأداء المهمات الاجتماعية . وعادة ترتبط كثرة النواهي والممنوعات مع شدة العقاب في حال الخطأ ، مما يولد قلقاً إضافياً يصعب تحمله ويجعله أكثر تمرداً ورفضاً للقيم التي ينشأ عليها ، ونراه يؤكد على ضرورة الابتكار والإبداع وأنه ليس نسخة طبقة الأصل عن الآخرين من حوله . وبالطبع هناك تمرد إيجابي ومثمر ومبدع وهناك تمرد خطر ومدمر . ونجد في حالات الانطواء أن الفرد يُسقط الضمير القاسي المتطرف الذي تربى معه على الآخرين من حوله حيث يحس أنهم ينتقدونه ويلاحظون أخطاءه وعثراته . وبالطبع لايكون ذلك صحيحاً لأن نظرة الفرد للآخرين في المناسبات الاجتماعية حادة ومبالغ فيها بسبب عملية «الإسقاط النفسي» لما يجول بداخل الفرد من نقد لاذع وأوامر كثيرة وقلق يتخلص منها بأن يحولها إلى الآخرين .

وتأتي عملية إطلاق النعوت والصفات السلبية من قبل الأهل والمربين على الشخص نفسه بأنه «خجول أو انطوائي» أو غير ذلك لتساهم في تثبيت التصرفات الاجتنابية والانطوائية بدلاً عن تحسينها .

وفيما يلي (الملحق) عدد من الملاحظات التي تفيد الأهل والمهتمين بأمور التربية في مساعدتهم للطفل الخجول المنكمش في المناسبات الاجتماعية :

☆ ملحق

نصائح علاجية في حالات الانطواء عند الأطفال والمراهقين

١ - إن بعض التوتر والارتباك في المواقف الاجتماعية هو أمر طبيعي عند كثير من الأطفال . . لاتضخم المشكلة . . فالطفل يحتاج لبعض الوقت ليفهم ما يجري حوله وبعض الأمور التي يعتبرها الكبار عادية تكون غير ذلك في عقل الطفل .

٢ - حاول تفهم مشاعر الطفل وأفكاره وقلقه إذا طالت فترة الخجل أو الانكماش التي يمر بها . . راجع درجة التوتر في المنزل و المدرسة ودرجة الاهتمام والرعاية والتشجيع التي تقدم له . وحاول تعديل الأمور السلبية قدر الإمكان .

٣ - تجنب دائماً إطلاق التسميات والأوصاف غير المفيدة مثل : خجول - (خوّاف) (أرنب) - ضعيف . . وغير ذلك .

٤ - شجع مختلف الهوايات عند الطفل . . بما فيها الرياضة والفنون والقدرات اللفظية وغير ذلك .

٥ - تأكد من إعداد الفرص الملائمة للتمرين والتدريب على مواجهة المواقف الاجتماعية والتعامل مع الأطفال الآخرين والكبار . ومشاركة الطفل في ذلك . واستعمل ما تعرفه من أساليب لتخفيف توتر الطفل خلال هذه المواجهة كالحلوى أو

اللعب أو التشجيع اللفظي ويمكنك المشاركة في الموقف والبقاء مع الطفل فترة إلى أن يخف التوتر .

٦- وفر للطفل مزيداً من فرص التدريب في المنزل وغيره . . عشرة دقائق يومياً أو خمسة تطلب منه أن يتحدث عن موضوع ما أو أن يتلو قصة أو غيرها أمام الأهل أو غيرهم . . تقبل أداءه ولاتكثر من الملاحظات في المراحل الأولى من هذه التمارين .

٧- تجنب عقاب الطفل وإهانته أمام الآخرين قدر الإمكان .

٨- اترك للطفل بعض الحرية في إكتشاف ما حوله بنفسه وهو يتعلم من الخطأ والتجربة ومن الإرشادات . . تقبل بعض الأخطاء ولاتكن خيالياً تريد الكمال والتام .

٩- تذكر أن تكون عوناً للطفل وموجوداً حين الحاجة وأن يفهم الطفل ذلك عند مواجهته لموقف اجتماعي صعب .

١٠- لاتبخل في تشجيع الطفل ومكافأته على سلوكه الاجتماعي الجيد ، واجعل المكافآت مباشرة وغير بعيدة زمنياً . . لان الطفل لايفهم الزمن كما يفهمه الكبار .

١١- لا تيأس في محاولاتك وابدأ بشكل جدي في التغيير واعزم على الاستمرار ، واسأل من حولك من ذوي الخبرة أو الاختصاص عند اللزوم . وتأكد أن كثيراً من الحالات تتحسن مع تقدم العمر وزيادة التجارب الناجحة والثقة في النفس .

٦ حول التربية ..

تتنوع المفاهيم التربوية وما يترتب عليها من توجيهات ونصائح وفقاً للظروف الاجتماعية والأفكار السائدة في مجتمع معين .

والحقيقة أن جميع المربين يواجهون كماً هائلاً من المعلومات والملاحظات من خلال إطلاعهم وتجاربهم الشخصية والأفكار المتناثرة التي يحصلون عليها بشكل يومي من مصادر عدة .

والأساليب التربوية العلمية لاتمثل في مجملها أكثر من «التفكير السليم البسيط» و «الإدراك العفوي الشائع» فالقواعد التربوية ليست ألغازاً معقدة أو نظريات يصعب فهمها وتطبيقها .

ومن المعروف أن «الدلال الزائد» و إرضاء حاجات الطفل طول الوقت ، مهما كانت هذه الحاجات، هو أسلوب فاسد يؤدي إلى ضعف شخصية الطفل وازدياد اعتماديته على الآخرين كما يجعل منه شخصاً سريع الغضب وقليل التحمل للإحباط وغير ذلك .

كما أن «العقاب الصارم» والقسوة والعنف له آثار سلبية كثيرة ويؤدي إلى الشعور بالحرمان والنقص والتمرد والضعف .

ولابد من الإقتراب من الطفل وفهم حاجاته المتنوعة والعمل على تحقيق هذه الحاجات وتوفيرها دون إفراط أو تفريط . ولابد

للطفل من أن يتعلم أنه لايجب أن ينال كل ما يرغب فيه دائماً . ولابد للطفل من أن يتعلم أنه مرغوب فيه وهناك من يعينه على تأمين حاجاته ورغباته وأن الحياة من حوله محبة له وتعلمه كيف ينجح ويعتمد على نفسه وكيف يحقق ذاته وسعادته .

ومن الملاحظات الواقعية نجد أن كثيراً من الآباء يأخذون «موقف التأديب» فقط من الطفل دون الحب أو التعليم أو الرعاية والحقيقة أن الطفل ليس « شيطاناً صغيراً » يجب كبحه وعقابه والسيطرة عليه طول الوقت . ونجد كثيراً من المربين والمدرسين (والمدرسات) يلجأون في تعاملهم مع الأطفال إلى أساليب العقاب والاستهزاء والتحقير إضافة للاهانات المتكررة والتجريح والضرب .

وتدل الدراسات العلمية على أن العقوبة قد تمنع الفعل ولكنها لاتخلق الطفل الجيد .

وإذا تحدثنا عن وسائل العقاب فإننا نجد أنها كثيرة ولاتقتصر فقط على العقاب الجسدي الذي لايزال شائعاً في بلادنا وغيرها . والضرب يمكن أن يكون مفيداً إذا استعمل بشكل محدد ومنطقي وهو يعني إحداث درجة من الألم يتعلم من خلالها الطفل أن هذا الفعل أو السلوك غير مناسب . ومثلاً . . إذا قام الطفل بالقفز على الأثاث أو غيره مرتدياً حذاءه نطلب منه في البداية أن يتوقف عن ذلك، مع توضيح الضرر الحاصل أو السبب وراء ذلك وفي

حالة استجابته يثاب فوراً ويشجع أما في حالة عدم استجابته فيمكن تكرار المنع بشكل واضح وحازم وبعد ذلك يمكن أن يستخدم الضرب الخفيف أو منع الطفل بالقوة من أداء الفعل غير المرغوب فيه . وهكذا فإن إحداث درجة من الألم نظرياً وعلمياً ليس خطأ ولكن ما الذي يحدث في الواقع في حالة استعمال الضرب ؟ . ما يحدث هو أن الآباء والأمهات وغيرهم من المربين يفقدون أعصابهم عن عدم إطاعة الطفل لهم فيعاقبون الطفل ليس تربيةً أو تعليماً وإنما يعاقبونه لأنه غاضبون . كما أنهم لم يتعلموا استخدام الأساليب الأخرى الفعالة الصحيحة لتوجيه الطفل مما يدفع بهم إلى الغضب والانزعاج وبالتالي ينهالون على الطفل بالضرب والأذى .

ونجد مثلاً «في حالة الطفل الذي يقفز على المقعد أو الأثاث والأم منشغلة عنه بعمل ما أنها توبخ الطفل وتطلب منه النزول بلهجة باردة وعادية ثم تعاود انشغالها عنه دون أن تنتظر استجابته وبعد لحظات أو أكثر تعود إليه وتجده يقف ثانية فتنزعج أكثر وتصبح غاضبة ثم تنشغل ثانية وبعدها تفقد تحملها لازعاجات الطفل وعدم استجابته فتقوم بالهجوم عليه وتنهال عليه ضرباً قد يكون مبرحاً» . وعادة يكون هذا العقاب دون جدوى والنتيجة أن الطفل لم يتعلم شيئاً عن السلوك المطلوب . فالأم عندما تقوم بإعطاء الأوامر الكلامية لابد أن تكون لهجتها وطريقتها واضحة مفهومة وحازمة ولابد أن تنتظر الاستجابة

فوراً، فإن لم يستجب تقبل عليه وتساعده على الجلوس والهدوء وتبدأ بمناقشته وتوضح التفاصيل المتعلقة بالسلوك ودرجات العقاب المتنوعة .

ولابد من وضوح الأوامر كي يستطيع الطفل استيعابها ويحتاج ذلك إلى حساسية المربي وذكائه ، وليس فهم الطفل كفهم الكبار مهما كان الطفل ذكياً . . كما أن أسلوب المنع أو الأمر له أهمية كبيرة، والطفل يمكن أن يفهم أن الأمر المطلوب منه ليس مهماً أو جدياً إذا لم يحسن المربي توضيح رسالته الكلامية بأنه جاد وحازم فيما يقول ويطلب، كما لابد للطفل أن يعرف سبب العقاب في حالة حدوثه وأن العمل المحدد «كذا وكذا» هو الذي أنتج العقاب . . ومن الخطأ تكرار كلمات مثل «عنيد و لايسمع الكلام و شقي أو شيطان» وهي أوصاف «كلية» يتمثلها الطفل عن نفسه مما تسبب مختلف المشكلات فيما بعد . والأجدى توضيح أن الخطأ محدد في سلوك معين بوقت معين وليس الطفل كله خاطىء أو سيىء .

وبالطبع في حالة الضرب فإنه يوصى بالابتعاد عن استعمال السوط أو أية أدوات حادة ومؤذية ، وأيضاً تجنب الوجه والصدر والبطن . . ولابد من التأكيد على ضرورة البدء بالأساليب الأخرى التربوية . . مثل القدوة الحسنة والمثال العملي . . وعدم تركيز الاهتمام على الفعل الخاطىء أو ما يسمى «عدم الاهتمام » لأن كثيراً من السلوكيات تأخذ بالزبول والتلاشي إذا لم تتعزز

بالاهتمام. وأيضاً استعمال التشجيع والمثوبة . . وضرورة توحيد مصادر الثواب والعقاب في الأسرة.

والاستمرار في عدم قبول السلوك الخاطئ وليس قبوله أحياناً وأحياناً رفضه . ويفضل اختيار العقوبات بشكل مسبق ومتسلسل وتطبيق ذلك بشكل أكيد بدلاً عن الوعيدوالتهديد الذي لايعلّم إلا الخوف والقلق . وعادة إذا كانت العقوبة شديدة ولاتتناسب مع السلوك المرتكب ، كأن يقول المربي «سأحرمك من التلفزيون لمدة شهرأو غير ذلك» . . فإننا نجد أن هذه العقوبة لايمكن تطبيقها وأن التهديد غير مناسب ولاينفذ .

وفي ذلك خطأ تربوي كبير لأن المربي يظن أنه يوضح للطفل خطورة سلوكه و أعماله ولكن ذلك لايعلّمه لأن العقوبة لاتطبق. . والأجدى التشاور والتفكير قبل إصدار العقوبات، وأيضاً الاهتمام بإعطاء التعليمات والأوامر في الوقت المناسب والشكل المناسب ليتسنى تحقيق المطلوب منها .

والحقيقة أن المسؤوليات التربوية كبيرة والتربية تحتاج إلى الصبر والفطنة والتوازن العصبي والنفسي. والأم المتعبة المرهقة لايمكنها أن تكون مربية ناجحة وكذلك الأب العصبي الثائر . . ويمكننا القول أن مسؤولية الأهل عن أطفالهم تبدأ قبل الزواج وإنجاب الأطفال . . من حيث الإعداد والتهيئة وصقل الأمومة والأبوة في المرأة والرجل كي يصبحا ناجحين ومفيدين فيما بعد .

☆ ملحق
ملاحظات علاجية تربوية ☆

١ – تعليمات الأهل وطلباتهم غامضة – ضعيفة – غير فعالة .

٢ – إعادة الطلبات كثيراً وتكرارها قبل الفعل المباشر المؤثر .

٣– التهديدات غير مناسبة .

٤ – التهديدات لاتنفذ .

٥– عدم الثبات في قبول أو رفض سلوك معين .

٦ – عدم الاهتمام الكافي بالتصرفات الإيجابية .

٧– التشجيع والمكافآت على السلوك الحسن ضعيفة وغير فعالة .

٨– الانشغال عن المشكلة الأساسية بمشكلات فرعية وضياع التركيز .

٩– إعطاد التعليمات والطلبات في أوقات غير مناسبة .

١٠ – المناقشة الزائدة المطولة حول السلوك غير المرغوب فيه .

١١ – توقعات الأهل مثالية . . زائدة عن الممكن ولاتناسب مع عمر الطفل أو امكانياته .

☆ إعداد د. حسان المالح ١٩٩٧م .

الفصل الخامس

موضوعات اجتماعية ثقافية نفسية

١ - تدهور العلاقات الحميمة في مجال الأسرة والمجتمع .
٢- التدخل في شؤون الآخرين . . معانيه وأبعاده .
٣- ملاحظات حول المسلسلات التلفزيونية «المدبلجة» .
٤- غلاء المهور والآثار السلبية النفسية والاجتماعية .
٥- مرحلة التقاعد من الناحية النفسية .
٦- العجز الجنسي (الربط) بين الطب النفسي والأفكار الشائعة .
٧- الرياضة وآثارها النفسية .
٨- دور الأسرة في حماية أبنائها من الانحراف .
٩- الطبيب النفسي . . هل يصاب بالاضطراب النفسي ؟

١ تدهور العلاقات الحميمة في مجال الأسرة والمجتمع

تتميز الأزمنة الحديثة بنمو الاتجاهات الفردية والأنانية والمصالح الشخصية على حساب الاتجاهات الجماعية والغيرية والاجتماعية .

وكأن لسان حال الفرد ينطق دائماً : «مصلحتي . . وليكن من بعدي الطوفان» وقد أدى ذلك إلى شرور اجتماعية كثيرة وازدياد الجريمة والغش والنفاق وتفكك العلاقات الإنسانية في مختلف المجالات .

والروابط الأسرية أصابها التفكك بدءاً من الأسرة الصغيرة إلى العائلة والأسرة الممتدة . وبرز ذلك واضحاً في المجتمعات الغربية المتطورة . ولم يعد للنسب قيمة فالفرد هو المسؤول الأول والأخير وله حقوقه وعليه واجباته في المجتمع الذي يعيش فيه . وبالطبع فإن نمو الفردية أنتج إبداعاً وحرية وإنتاجية عالية وأعطى للفرد حقوقاً وتقديراً مناسباً .

وفي مجتمعنا نلاحظ استعارة كثير من القيم الغربية في جانبها السلبي ومنها المصلحة الفورية والأنانية دون اعتبار للآخرين . . ونجد تدهور العلاقات الحميمة وانقطاع صلة الرحم والتواصل بين الأهل والأقرباء . . ويبرز التنافس بين أفراد

الأسرة الواحدة ويمكن أن يأخذ شكلاً عدوانياً سافراً أو مقنعاً . ويتحول «القريب إلى غريم» أو خطر يجب السيطرة عليه وتجنبه . وتحولت الزيارات والإجتماعات إلى أشكال فارغة يتشبث بها البعض محافظة على مظاهر الود والوفاق بينما تتأجج الصراعات والمشاعر السلبية والتنافسية العدوانية في الأعماق .

ومن الناحية النفسية تبرز اتجاهات الانطوائية والانكفاء على الذات وتتقلص العلاقات الحميمة إلى أدنى حد . . إلى العلاقة الحميمة مع الذات (النرجسية) . وفي الجانب المقابل تبرز اتجاهات استغلال الآخرين وتحويلهم إلى مادة وسلعة دون اعتبار للمشاعر النبيلة والمثل العليا . وهكذا فهناك الاتجاه إلى الذات والاتجاه إلى الآخرين وما بينهما مجموعة أخرى من الأشكال المتوسطة بنسب مختلفة .

ومما لاشك فيه أن الإنسان كائن اجتماعي بالفطرة وهو «يأنس» بالآخرين و «يتوحش» وحيداً أو منعزلاً .

ويعاني الإنسان في وحدته كثيراً من الآلام النفسية والإحباط والقلق حيث يحاول الاقتراب من الآخر ولكنه يتلقى الصفعات والصدمات من مختلف الجوانب . ولاشك أن العصر الحديث هو عصر الوحدة والقلق والاكتئاب وأيضاً عصر الجريمة والعنف والأذى .

والمجتمع الحديث يمتلىء بالغربة والتناقض والأوهام الزائفة بتحقيق البطولة والمجد والغنى .

والتوازن النفسي يحتاج إلى حد أدنى من تحقيق شخصية الإنسان وفرديته ويحتاج أيضاً إلى الامتداد للآخرين والعيش معهم في علاقات ناجحة فيها الأخذ والعطاء والتبادل النافع في مختلف الحاجات المعنوية والفكرية والمادية .

ولابد من إعادة النظر في أشكال العلاقات والتعامل بين الناس ومضمون ذلك . حيث تتداخل مسؤولية الفرد مع مسؤولية الجهات التربوية والنفسية والدينية والفكرية لإصلاح ما يمكن إصلاحه وتحقيق المزيد من الوقاية من أمراض العصر الحديث .

٢ التدخل في شؤون الآخرين .. معانيه وأبعاده ..

تتصف مجتمعاتنا والمجتمعات النامية بشكل عام بسيادة العقلية الجماعية والتعاونية مقارنة مع المجتمعات الغربية الفردية والذاتية .

ومع التطور الحديث في مجتمعاتنا نجد أن الفردية والذاتية أصبحت تأخذ حجماً أكبر من قبل . ومع تطور الفردية تزداد المساحة الشخصية والحرية الشخصية والعالم الشخصي ، وهذا ما يسمى في علم النفس «المجال الذاتي أو الفضاء الذاتي» حيث يعيش الإنسان ضمن فضاء خاص به ويفعل ما يحلو له دون تدخل من الآخرين ودون اقتحام لحدوده .

وهكذا نجد أن المبالغة في الفردية تنعكس على السلوك اليومي وعلى اختيار السكن والملبس وحتى الأثاث المنزلي . . حيث تكون «الكنبة الكبيرة» ذات الأيدي ويجلس عليها الفرد وحيداً والشخص الآخر تفصله مسافة واضحة في حال وجودهما المشترك . . والتدخل في شؤن الآخرين والتداخل فيما بينهم يمكن أن يكون صفة إيجابية وسلوكاً ضرورياً وأخلاقياً إذا كان يهدف إلى تفهم مشكلاتهم ومساعدتهم . وهذا السلوك يصف مجتمعاتنا عادة ، وهو نادر في المجتمعات الفردية و«علة»

يشكو منها الأفراد هناك . حيث يغلق الإنسان باب داره على نفسه ولايهتم بما يحدث حوله من جار أو قريب . . وبالطبع فإن ذلك يعكس تفكك المجتمع وطيغان الفردية والأنانية . ويدرس علم النفس الاجتماعي هذه الظاهرة حيث نجد أن طلب الاستغاثة من الآخر يمكن أن يقابل ببرود ولايحرك في الفرد شعوراً أو سلوكاً عند بعض الأفراد . ولكن التدخل في شؤون الآخرين ليس سلوكاً إيجابياً باستمرار وهو يعكس حب الفضول عند الإنسان ويعكس السيطرة وحب الامتداد وتدخله فيما لايعنيه لمجرد الرغبة في معرفة الأحداث و«القيل والقال» ، وهذا ما مما يدفع بالإنسان ليفرغ آراءه الخاصة وانفعالاته وطموحاته في أحداث الآخرين ومشكلاتهم ما يعقد المشكلات ولايحلها في كثير من الأحيان ، مثل التدخل في المشكلات الزوجية دون علم أو خبرة أو هدف طيب إيجابي .

وبعض الناس يلذ له التدخل والكشف عن خبايا الأمور ويؤدي به إلى أن يصبح محترفاً في هذا السلوك الضار . . وهو في أحيان كثيرة يجد آذاناً صاغية وتجاوباً وتقديراً مما يرضي مشاعره النرجسية ويغذيها بأفكار العظمة والقدرة . وتحت ذلك السلوك يدخل سلوك العجائز ونصائحهم ، وبعضها لايعبرإلا عن مرارة شخصية وعكساً وإسقاطاً للقلق الذاتي والعجز يضفيه المرء على الآخرين وعلى مشكلاتهم وسلوكهم .

ومما لاشك فيه أن قدراً من الفردية ضروري لنمو الإنسان وشخصيته، ويتعلم الإنسان من التجربة والخطأ ومن نصائح الآخرين ومن تجارب الحياة نفسها . .

و«المساحة الفردية» ضرورية وترتبط بالمجتمع وأيضاً بقوة الشخصية ودرجة اعتماديتها . وبعض الناس ممن تزيد لديهم الاعتمادية على الآخرين لايستطيعون إتخاذ أي قرار أو رأي دون الرجوع إلى الآخرين . . وبعضهم الآخر «يركب رأسه» ويتخذ قرارات في أصعب الأمور دون مشورة أحد . . وكلا الحالين فيه اضطراب وتطرف . والحقيقة أنه لاتستقيم الحياة دون الآخرين وبهم . والإغراق في الفردية نوع من الانفصام الذاتي والعزلة الباردة الخانقة تشكو منها المجتمعات الحديثة ، والتدخل في شؤون الآخرين دون داع وضرورة يصبح اضطراباً ويساهم في عدم تفتح القدرات الذاتية للآخرين سواء كانوا زوجات أو أزواجاً، أبناءً أو طلاباً أو غير ذلك .

والتوازن بين الفردية والجماعية أمر مطلوب وصحي ويقابله الاستقلال والاعتمادية على المستوى النفسي . ولايمكننا أن نذوب ونكسر الحواجز بين الناس كما لايمكننا أن نرفع الأسوار بينهم «كل يعيش على هواه» .

٣ ملاحظات حول المسلسلات التلفزيونية «المدبلجة»

مما لاشك فيه أن المتفرج يتفاعل مع الحدث التلفزيوني الذي يشاهده وهو يرى في بعض الأشخاص جزءاً من نفسه كما أن الحدث نفسه له وقع خاص وفقاً لشخصية المشاهد وذكرياته .

ومن الملاحظ أن عدداً من المسلسلات الأجنبية «المدبلجة» إلى اللغة العربية قد أصبحت واسعة الانتشار . . وتطول حلقات المسلسل لتصل إلى أكثر من مئة حلقة . . ويبدو أن أحدث التقنيات في جذب المشاهد لها دور في «إدمان» البعض على متابعة هذه الأحداث .

ومن الناحية النفسية لايقتصر انجذاب المشاهد على الشكل الفني والتقني للعمل التلفزيوني بل إن مضامين الأحداث المتعلقة بالحياة اليومية والعاطفية لها أثر كبير في تعلق المشاهد بالعمل الفني ومتابعته .

والحقيقة أن مواضيعاً مثل الحب والملل الزوجي والخيانة الزوجية وغيرها وتركيبة العلاقات الاجتماعية في المجتمع الغربي ، يتكرر عرضها كموضوعات أساسية في تلك المسلسلات . ويمكننا أن نتبين في متابعة مثل هذه المواضيع إحباطات شخصية في مجال الحب أو العلاقة الزوجية أو في

العلاقات الاجتماعية . . وتجد هذه الإحباطات متنفساً لها في تلك المسلسلات حيث يتم التعبير عن هذه الإحباطات من خلال التماهي بأحد الأدوار المطروحة، أو تشجيع موقف معين يعجز الإنسان عن ممارسته في الحياة الواقعية اليومية ويحققه بدلاً عنه الممثل أو الممثلة .

ومن المعروف أن الإحباطات والعقد النفسية تولد مشاعر سلبية وقلق وتوتر ، والتنفيس عن المشاعر يفيد مؤقتاً ولكن لايحل المشكلة .

والتحقيق الخيالي لرغبات الإنسان هو نوع من أحلام اليقظة التي تعطي راحة مؤقتة ولكنها تتحول إلى مرض في حال زيادتها عن الحد .

وهكذا فإن إدمان المسلسلات التلفزيونية يمكن أن يتحول إلى سلوك مرضي غير مفيد بل على العكس فإنه يؤدي إلى حل الصراعات وتخفيف القلق دون حل واقعي ودون اكتساب المهارات اللازمة لتحويلها إلى الواقع .

ومن جانب آخر فإن معايشة مشكلات الآخرين وطريقة حلها في المجتمعات الغربية المختلفة عن مجتمعاتنا يؤثر في طريقة تفكيرنا وفي أخلاقنا وقيمنا .

وربما يكون من المفيد الاطلاع على ما يجري في المجتمعات الأخرى لأن المعرفة الواعية سلاح مفيد للإنسان . ولكن لن يكون كذلك إذا تبنى الإنسان مشكلات غيره وأساليب حلها مما ليس له علاقة بمجتمعه الخاص .

ومن المفيد معرفة أنواع الطيور في بلد ما أو نوعية الثياب المستعملة لمن أراد أن يعيش في مجتمع آخر وكذلك معايشة المشكلات الاجتماعية المختلفة لمن يشارك هذا المجتمع في قيمه وعاداته وأفكاره .

وهكذا لايجد الإنسان الغربي الألماني مثلا حرجاً و غرابة عندما يشاهد مسلسلاً غربياً أمريكياً «مدبلجاً» إلَى لغته الألمانية ، فالتشابه موجود ، وكذلك لايكون مستغرباً التعايش مع تلك المسلسلات ممن له أصل غربي ويعيش في مجتمع غير مجتمعه .

أما عن مجتمعاتنا العربية فالأولى أن نهتم بمشكلاتنا نحن وأن نتعرف على نقاط ضعفنا وقوتنا وأن نسعى لحل المشكلات وإيجاد الحلول التي تناسبنا دون الاستغراق في الخيال وتحقيق رغباتنا بشكل طفولي بعيداً عن الواقع والتحقيق .

ومن المعروف أن العالم قد أصبح صغيراً وأن التقارب المكاني الذي نعيشه اليوم بين مختلف الثقافات لايعني أن الثقافة المعاصرة قد أصبحت متجانسة . .

ولكل مجتمع مشكلاته الحيوية وأولوياته ومسؤولياته في حل هذه المشكلات ولايمكننا أن نصبح غربيين أو شرقيين ولو أردنا ذلك . . فالفوارق الثقافية والاجتماعية والحضارية لايمكن تخطيها والقفز فوقها وهي حقيقة مهمة تدفعنا إلى مراجعة أنفسنا ومشكلاتنا بجرأة ووعي ، بدلاً عن الاستغراق في مشكلات الآخرين وحلولهم . . ولو أنهم تكلموا لغة عربية لأنها «مدبلجة» .

٤ غلاء المهور والآثار السلبية من الناحية النفسية والاجتماعية

من المعروف أنه لاتستقيم الحياة دون الزواج . . ولابد من ارتباط الرجل والمرأة ضمن علاقة مثمرة إيجابية تشكل أساس البنية الاجتماعية وأساس الحياة نفسها .

وترتيبات الزواج تخضع لعدة اعتبارات اجتماعية ، ولعدد من العادات والتقاليد والأعراف وذلك في كل المجتمعات .

وفي واقعنا اليوم تظهر مشكلات متنوعة تتعلق بالزواج والأزواج أنفسهم ومنها ما يساهم في عرقلة الزواج وتأخيره مثل موضوع المهور وغلائها والشروط الكثيرة المطلوبة من «العريس أو العروسة» .

ولايمكن اعتبار مثل هذه الأمور إلا كنوع من «المرض النفسي الاجتماعي» والذي يصل في شدته لدرجة الجنون في كثير من الأحيان .

والحقيقة أن كثيراً من الآباء والأمهات والشباب والشابات يشارك في تثبيت هذا المرض واستمراره . ولابد من التأكيد على الحقائق الواضحة والبسيطة للجميع على اعتبار أن التفكير السليم هو أحد العلاجات التي يمكن أن تستخدم لمعالجة هذا المرض والوقاية منه . .

إن العلاقة بين المرأة والرجل ليست علاقة «سلعية» ويجب أن لاتخضع لقانون السوق والعرض والطلب فالمرأة الغالية يدفع الرجل ثمنها ثم ينتفع بها كما يشاء ثم يتركها ويبحث عن سلعة أخرى . . وهذا الأمر معروف في كل الأزمان بما يسمى «الرقيق الأبيض» أو ما يشبهه .

والعلاقة بين الرجل والمرأة ليست «حرباً» بين خصمين متصارعين يحاول كل منهما أن يكيل للآخر الضربات واللكمات وأن يلحق به الأذى ما استطاع سبيلاً . . وذلك من خلال إرهاقه بالأمور المادية والطلبات التي لاتنتهي .

والعلاقة بين الرجل والمرأة ليست «مظهراً» كاذباً ونفاقاً اجتماعياً . . وليست مسرحية فرحة يظهر فيها السرور والابتهاج لساعات أو أيام معدودة ثم ينتهي كل شيء . .

كما أن العلاقة الزوجية ليست كلمات استحسان وإعجاب وثناء من قبل الأقارب والمعارف والناس حول حسن الاختيار وحول قدرات العريس أو العروسة المادية أو الجسمية أو الاجتماعية .

وهكذا . . لابد من التأكيد على أن العلاقة الحميمة بين المرأة والرجل يجب أن تحكمها قوانين المحبة والود والإفضاء والسكن

والرحمة . . كما تعلمنا الآية الكريمة ﴿ ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجاً لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون ﴾ .

ولابد من التأكيد لكل من يعنيهم الأمر على أهمية جوهر الأمور الحياتية الزوجية وليس قشورها ، مثل أهمية وجود التربية الصالحة والقدوة الحسنة والاختيار المناسب . . ومن ثم إقامة التسهيلات وتقديم العون المادي والمعنوي لإقامة العلاقة الزوجية وبنائها ، وبعد ذلك يأتي دعم استمراريتها ونجاحها وتجاوزها للأزمات .

ويؤدي غلاء المهور بالطبع إلى تثبيت مفاهيم وأفكار خاطئة عند المرأة وعند الرجل حول طبيعة الحياة الزوجية وعلاقة الرجل بالمرأة . . مع ذلك نجد السعي المحموم لتحقيق هذه المفاهيم والقيم عند الجميع ولو بصعوبات كثيرة لايستطيع تحملها كثير من الناس .

وتجدر الملاحظة إلى أن كثيراً ممن استطاع تلبية الطلبات المادية المرتفعة وحصل على زوجته بعد عناء ، نجده يعيش جرحاً طويلاً قد يمتد لسنوات وهو يحمل معه عذاباً مادياً ومعنوياً بسبب كثرة الديون الملقاة على عاتقه وشعوره بأنه قد عمل شيئاً فوق طاقته وأنه أسير« للهم والمادة» سنين عدة . وربما يفكر أنه قد أخطأ وأنه كان من الممكن له أن يعيش حياة أفضل بدون ذلك كله . .

وبالطبع فإن هذه التجارب والمشاعر المرافقة لها ، تنعكس آثارها السلبية على الزوج نفسه وصحته وتوازنه النفسي كما تنعكس على العلاقة الزوجية ومستقبلها وعلى الزوجة بشكل خاص وبوجوه عديدة .

وعند بعض الناس يمكن أن يؤدي غلاء المهور إلى العزوف عن الزواج عند الجنسين لفترات طويلة مما يتسبب بظهور عقد نفسيه وحالات مرضية تتمثل بمشاعر النقص العامة أو مشاعر نقص في الرجولة أو الأنوثة وغير ذلك . . وأيضاً يتسبب ذلك بانتشار أمراض اجتماعية خطيرة مثل الزنا والشذوذ والسرقة والجشع وغيرها .

وهكذا فإن مشكلة المهور تحتاج لعلاج جاد يبدأ من التفكير بمعاني الزواج تم التمسك بالقيم الصالحة والصحية التي تضمن اعتبار الإنسان رجلاً كان أو إمرأة كائناً حياً له متطلباته وعواطفه ورغباته إضافة لكونه قادر على الأخذ والعطاء والتبادل وقادر على التعاون مع شريك حياته وتحمل المسؤوليات الواقعية . وبعد ذلك يأتي دور المجتمع الكبير بمختلف مؤسساته التربوية والقانونية والإعلامية ليساهم في تضييق مشكلة غلاء المهور والسير في تقديم الحلول الصحيحة لها .

٥ مرحلة التقاعد من الناحية النفسية

تعتبر مرحلة التقاعد أزمة نفسية متعددة الجوانب . . وهي تشبه المراحل الاعتيادية التي يمر بها الإنسان في حياته مثل مرحلة ابتداء العمل أو بداية الزواج وغير ذلك. حيث تتطلب كل مرحلة إعداداً وتحضيراً ملائماً كي يستطيع الإنسان مواجهتها بشكل مناسب من حيث سلوكه وتفكيره وانفعالاته ، وإلا فإن الاضطراب وازدياد المشكلات النفسية والاجتماعية هو النتيجة المتوقعة . والتقاعد في أحد جوانبه «شهادة رسمية على ضعف قدرة الإنسان على العمل» وهي في ذلك جرح شخصي يؤدي إلى القلق واهتزاز صورة الإنسان عن نفسه وقدراته وقيمته . .

وبعض الأشخاص تظهر فيهم سلوكات سلبية وانكماش اجتماعي ومشاعر اكتئابية وحزن وغضب عام ، وبعضهم يقضي شهوراً عديدة في حالة توتر وقلق ، كما أن بعضهم الآخر تنتابه الوساوس المتنوعة ويفكر بجسمه ووظائف أعضائه ويمكن له أن يصاب باضطرابات جنسية أو بأعراض مرضية متنوعة .

كما أن كثيراً ممن بدأ في مرحلة التقاعد تظهر عليه علامات الشيخوخة المبكرة في سلوكه وتفكيره وكأنه يعتبر أن حياته قد اقتربت من نهايتها وأنه يستقبل الموت المبكر .

وأما البعض الآخر فإنه يتجاهل مرحلة التقاعد وتقدمه في

العمر ومعاني ذلك وأبعاده ويصر على الاستمرار في العمل بجهد ونشاط مبالغ فيه وكأنه يرفض شعورياً أو لاشعورياً أن يتقبل الواقع وأن قدراته وامكانياته قد تغيرت وتضاءلت . . ويؤدي ذلك بالطبع إلى مختلف الاضطرابات النفسية والعضوية فيما بعد .

كما تظهر في هذه المرحلة بعض السلوكات المراهقة والتي لاتتناسب مع عمر الشخص مثل «التشبب» ومحاولة الظهور بشكل أصغر سناً وربما تزداد امكانية المغامرات العاطفية والزواج والطلاق إضافة إلى المغامرات المهنية والتجارية . . كل ذلك دون تمحيص أو تفكير مدروس .

وبشكل عام يزداد ظهور حالات الاكتئاب الصريح وأيضاً الاكتئاب المقّنع غير المباشر من خلال ازدياد التصرفات السلبية والتأجيل والمماطلة وأيضاً من خلال الشكاوى الجسمية المتنوعة .

والحقيقة أن العمل هو جوهر الإنسان وأحد الأسس الهامة في قيمته في الحياة . . وهكذا فإن التقاعد هو حرمان للإنسان من قيمته هذه . . والمتقاعد يشعر أنه غير مفيد وأنه لايقوم إلا بأشياء صغيرة خلال جلوسه في المنزل مقارنة مع نشاطاته المهنية السابقة ويتعكس ذلك على جو الأسرة التي يعيش فيها وعلى زوجته وأبنائه . . لأن نظام الأسرة قد تغير بتوقف الأب عن العمل ويؤدي ذلك إلى تغير «الروتين» اليومي والمزيد من الصراعات بين

الزوجين وإلى مشكلات إضافة جديدة حول تدبير المنزل والأمور اليومية .

وتعتمد مواجهة مرحلة التقاعد بشكل أساسي على الإعداد الصحيح لهذه المرحلة وتهيئة الإنسان لنفسه ولظروفه للتكيف معها بشكل ناجح وإيجابي .

ولابد من تقبل فكرة أن قدرات المرء الذهنية والجسمية قد أصبحت لاتتناسب مع أداد عمل كامل طويل لأن ذلك هو الحقيقة والواقع ولايمكن الهروب منها .

ويمكن التفكير بأداء أعمال أقل جهداً ما دام الإنسان قادراً على ذلك وهناك عديد من المهن والاختصاصات التي لاتتطلب التزاماً كاملاً بدوام طويل يمكن البحث عنها وتوفيرها . . فالحياة العملية والمهنية لاتنتهي في سن الخمسين أو الستين بل إن كثيراً من الأشخاص يمكن له أن يستمر في العطاء المهني لسنوات طويلة .

ومما لاشك فيه أن المعيار لتحديد سن التقاعد في مختلف الأعمار يرتبط بقدرة الشخص على أداء عمله من الناحية الجسمية والذهنية ومع تقدم الإنسان في العمر فإن قدراته الجسمية وأداءه الحركي يضعف وتضعف أيضاً قدراته على التركيز والتذكر وحفظ المعلومات الجديدة .

ولكن التقدم في العمر يمكن أن يعكس زيادة واضحة في كثير من الخبرات والقدرات التي يجب الاستفادة منها . وهنا لابد من التأكيد على ضرورة توفير أعمال ومهمات في مختلف المجالات في مجتمعنا والتي تمكن المتقاعد من ممارستها والقيام بها وبكفاءة عالية قد تفوق الأصغر سناً .

ومن ناحية أخرى لابد من التأكيد على ضرورة شغل أوقات الفراغ بما ينفع في كثير من الأمور الدنيوية والدينية ويمكن للمرء أن يشغل وقته بعدد من الهوايات والأمور التي يحبها ولم يكن يجد الوقت الكافي للقيام بها في سنوات عمله السابقة .

وفي مجتمعاتنا يلاحظ أن عدداً من الناس يلجأ إلى التقاعد المبكر دون ضرورة واضحة أو مبرر، ويعكس ذلك التخلف العام وعدم التوافق مع العمل أو عدم الالتزام بقيم العمل وأهميته حيث أن المرء لايزال قادراً على العمل والعطاء والإنتاج ولكنه يفضل الراحة والدعة والسكون .

ومن ناحية أخرى يتمتع الإنسان الكبير في السن والذي بلغ سن التقاعد أو تجاوزه بمكانة اجتماعية رفيعة من حيث اللجوء إليه في طلب المشورة أو حل النزاعات الأسرية والاجتماعية أو غير ذلك . وأيضاً يجري الاحتفال به وتقديمه في المناسبات المختلفة كالزواج والأعياد ، وعادة ما يحترم رأيه وتقدر مشورته

ومنزلته . . وهذا ما يحفظ له مكانة هامة ومفيدة وإيجابية لانجد مثيلها في المجتمعات الغربية .

وهكذا . . نجد أن مرحلة التقاعد مرحلة طبيعية في حياة كل إنسان تتطلب التفهم والتفكير ولايمكن الهروب منها أبداً . . بل يجب مواجهتها بالتفكير الإيجابي والواقعي ومن خلال فتح آفاق جديدة في الحياة .

وهي مرحلة يمكن أن تكون مفيدة ومثمرة يراجع فيها الإنسان نفسه وما قدمه في حياته من عمل وبناء وذكريات مما يمكنه من المضي في سنوات العمر وهو راض عن نفسه يقّوم أخطاءه ويسعى للقيام بما يقدر عليه دون استسلاَم للفراغ ولمشاعر الحزن العقيم المرافقة لدورة الحياة الطبيعية .

٦ العجز الجنسي (الربط) بين الطب النفسي والأفكار الشائعة

مما لاشك فيه أن الحياة الجنسية وما يتعلق بها من مواضيع وارتباطات ومشكلات تحتل موقعاً أساسياً في الحياة اليومية للإنسان والمجتمع .

وتنتشر كثير من الأوهام والمفاهيم الخاطئة حول الجنس في كل المجتمعات . . ويبدو أن السرية والكتمان يلعبان دوراً هاماً في استمرارية مثل هذه الأوهام .

وقد تطور ميدان الطب الجنسي تطوراً كبيراً حيث تمت دراسة المواضيع الأساسية المرتبطة بالوظيفة الجنسية في صحتها واضطرابها وتمت دراسة كل اضطراب على حدة من الناحية الفيزيولوجية والعضوية والنفسية عند الرجل وعند المرأة مما أدى إلى تطوير أساليب علاجية ناجحة مفيدة . . وبالطبع لايزال هذا الميدان الطبي يتطور في أساليبه وأبحاثه النظرية والعلاجية .

والحقيقة أن اضطراب الوظيفة الجنسية عند الرجل هو اضطراب واسع الانتشار وله عدة أشكال ومنها «اضطراب الانتصاب» أي الارتخاء وعدم توسع الأوعية الدموية وقلة تدفق جريان الدم إلى الأجسام والأنسجة القابلة للتمدد في تكوين العضو الجنسي . والأسباب الأكثر شيوعاً هي الأسباب النفسية

وأهمها القلق والخوف والتوتر ، وعادة ما يكون عدم الارتخاء عابراً مؤقتاً كما في حالة الإجهاد الجمسي والسهر مما يؤدي إلى ردود جسمية غير مناسبة للعملية الجنسية . . وكل ذلك يمكن أن يكون عابراً ومؤقتاً ويحدث مرة واحدة أو عدة مرات ثم يستعيد الإنسان الاستجابة الجنسية الطبيعية ، هكذا فإنه من الطبيعي جداً للرجل أن لايستجيب جنسياً في بعض الأحيان وهذا ليس مرضاً أو اضطراباً وكثير من الناس يجهل هذه الحقيقة البسيطة الشائعة ولايعرفها . . بل يعتقد أن الاستجابة الطبيعية يجب أن تكون فورية ودائمة وأنها معيار الرجولة الكاملة . . وهذه الأفكار جزء من المعتقدات الخاطئة المرتبطة بالجنس ، وقد وجد العلماء أن المعتقدات الخاطئة التي نحملها تؤدي إلى استمرار وتكرار الاضطراب الجنسي ، وهذا ما يسمى «توقع الفشل» الذي يزيد من القلق والخوف في المناسبة الجنسية القادمة مما يعطل الاستجابة الفيزيولوجية الطبيعية ويؤدي إلى تكرار الفشل ومن ثم يتثبت الاضطراب . وتتدخل عوامل إضافية أخرى تساعد على استمرار المشكلة ومنها فقدان الثقة بالنفس وقلق «الأداء الجنسي» وغير ذلك .

والحقيقة أن العوامل التي تؤدي إلى صعوبة الانتصاب أكثرها مؤقتة كما ذكرنا . . مثل التعب والإرهاق والآلام الجسمية والقلق والتوتر وأيضاً تناول بعض الأدوية الشائعة مثل بعض أدوية الضغط والقرحة المعدية ، والمهم هو كيفية تفسير الأحداث

بالنسبة للشخص نفسه وزوجته لأن ذلك يؤثر في تطور الأحداث ومجراها .

وفي مجتمعاتنا كما في غيرها من المجتمعات تنتشر التفسيرات الخاطئة التي تؤكد على أن مسؤولية ضعف الارتخاء أو عدمه هي مسؤولية خارجية لجهة تريد الشر أو الأذى بالإنسان وصحته وزواجه . ولايخفى أن في ذلك تهرباً من المسؤولية الفردية وإلقاء اللوم على الآخرين وعلى الشيطان نفسه .

ويعتبر ذلك سمة من التفكير وأسلوب في تفسير كثير من الأحداث اليومية في الحياة مثل المرض والحوداث والفشل الدراسي أو الاقتصادي وغير ذلك .

وقد بينت الدراسات أن هناك عدداً من المعتقدات التي يمكن أن نسميها أوهاماً أو أساطير جنسية تساهم في حدوث الاضطراب الجنسي (حوالي ستة عشرة فكرة) . ولابد من تعديل هذه الأفكار للوصول إلى العلاج الناجح ، وأيضاً فإن الجهل العام المرتبط بالقضايا الجنسية يزيد من القلق والخوف عند حديثي الزواج مما يؤدي إلى كبح الردود الجسمية الطبيعية عند الرجل وعند المرأة أيضاً وهذا ما يغفل عنه كثيرون .

مع أن العلاج يكمن في بعض المعلومات الطبية الصحيحة دون مبالغة أو تهويل . ونجد في العيادة النفسية عدداً من الحالات

المؤثرة الناتجة عن مثل هذا الجهل كأن يستمر الزوجان ٥ سنوات أو أكثر دون علاقة طبيعية، ولايدري الطرفان أن لديهما مشكلة إلى أن يتدخل الأهل بسؤالهم حول الحمل وتأخره وتجري فحوصات العقم المطولة دون طائل أو نتيجة مرضية .

وإضافة إلى الجهل تساهم التجارب الجنسية الفاشلة والمحرمة والصدمات النفسية المرتبطة بالجنس في التهيئة للاضطراب الجنسي ، كما أن مشكلات الشريك الجنسي (الزوج أو الزوجة) واضطراباته الجسمية والنفسية وردود أفعاله وأيضاً طريقة التفاهم بين الزوجين واضطراب ذلك في مختلف المجالات، له دور مسبب في حدوث الاضطراب الجنسي مما يؤكد ضرورة اعتبار المشكلة «ثنائية» في كثير من الحالات . . والنظر إليها من منظور تفاعلي وليس فردي . ولايتسع المجال هنا لسرد التفاصيل العديدة المرتبطة بالمشكلات الجنسية المتنوعة من الوجهة الطبية والنفسية .

ويجب التأكيد على أن مفهوم «الربط أو العجز الجنسي» وما يرتبط به من الأفكار الشائعة والغريبة في مجتماتنا بعيد عن النظرة العلمية الموضوعية، وهو يسبب مشكلات اجتماعية إضافية كأن يوقع بين الأقارب وأهل الزوجة وغيرهم، أو يؤدي إلى الطلاق . كما أنه يترك المريض ضحية لأفكار الأذى والشر من الآخرين والتي قد تستمر لفترة طويلة ولدرجة تصل إلى

الاكتئاب أو الهذيان في بعض الحالات ، كما يجعله ضحية المعالجين الشعبيين والمشعوذين وطرقهم الغريبة والتي قد تكون ضارة أو مؤذية .

إضافة لذلك فإنه يؤدي إلى حرمان المريض من نور المعرفة وتفهم نفسه ومشكلاته بشكل منطقي وعلمي ومفيد مما يطرح أهمية الوعي الطبي والنفسي وتطويره بما يخدم الفرد والمجتمع وبما يمكن أن يوفره من الآلام والمعاناة للجميع .

٧ الرياضة وآثارها النفسية

تعتبر الرياضة البدنية بمعظم أشكالها دواءً نفسياً مساعداً لكثير من الاضطرابات النفسية . كما يمكن اعتبارها دوراً وقائياً في حالات أخرى .

والرياضة تمنح لذة جسمية ونفسية واضحة ويعود ذلك إلى عدة أسباب . . ومنها أن الرياضة هي نوع من اللعب والتسلية مما يذكر بألعاب الطفولة وأفراحها وقلة مسؤولياتها . . فالرياضة هي نوع من النكوص إلى عالم الطفولة والسعادة والانطلاق .

والرياضة البدنية تتضمن تحريك العضلات وشدها وإرتخائها مما يؤدي إلى التخلص من التوتر العضلي والعصبي والنفسي . . ويبدو أن تحريك العضلات يؤدي إلى زيادة مادة «الأندورفين» (المسكن الداخلي) الموجودة في الجهاز العصبي للإنسان والتي لها تأثير مشابه للمورفين (وهو من أقوى المسكنات ومضادات الألم) مما يعطي لذة ونشوة وراحة أودعها الله في أجسامنا وتركيبها الفيزيولوجي .

والرياضة تحسن الثقة بالنفس من خلال امتلاك المهارات الجسمية والفنية وتشغل وقت الفراغ وتساعد على الاحتكاك بالآخرين وتعيد للجسم صحته وعافيته . . كما أنها تتعارض مع تناول المخدرات بأنواعها وحياة الكسل واللامبالاة . . وهي

تضمن تصريف بعض الطاقات الجنسية عند الشباب والمراهقين وتساعد على ضبط الغرائز . وأيضاً تضمن تفريغ كثير من المشاعر العدوانية والسلبية والتي يؤدي كبتها أو تراكمها إلى الاضطرابات النفسية والجسمية المتنوعة .

⑧ دور الأسرة في حماية أبنائها من الانحراف

مما لاشك فيه أن للأسرة دوراً هاماً في حماية أبنائها (وبناتها) من الانحراف . . ويمكننا أن نقول أن للأهل دوراً مميزاً في مشكلات الانحراف المتنوعة وهو يمتد ليشمل التشخيص والعلاج إضافة للوقاية والحماية .

وأشكال الانحراف متنوعة ومنها السرقة والكذب والاحتيال والعدوانية والانحراف الجنسي وأيضاً استعمال المواد المخدرة إضافة إلى الانحراف السلوكي العام وعدم الالتزام بالقيم الدينية والاجتماعية السائدة .

والأسرة المفككة يصعب عليها حماية أبنائها لإنعدام التوازن فيها مالم يتمكن أحد الأطراف الهامة في الأسرة من أن يلعب دور البديل عن الأب (أوالأم) الغائب وبذلك يستطيع إعادة التوازن التربوي المفقود .

ومن المعروف أن وجود المثل الحسن والقدوة الحسنة هو معيار أساسي للسلوك السوي الناجح وعدم توفره يفتح المجال واسعاً لكل أشكال الأنحراف .

والتربية مسؤولية كبيرة وفيها أشكال من المتعة والروعة وهي ليست عبئاً ثقيلاً . . وفي التربية السليمة لابد من الاقتراب من

الطفل أو المراهق وتفهمه والتعرف على احتياجاته ورغباته وتطلعاته . . والحاجز الشاهق الذي يفصل الأبناء عن آبائهم يمكن أن يكون «مفتاحاً للشيطان» وأشكال السلوك المنحرف .

والتربية السليمة تقوم على مبدأ تنمية المهارات والقدرات ووجود القيم الخلقية والدينية والاجتماعية وضرورة الالتزام بها والابتعاد عن الشرور المختلفة . والتربية الناجحة ليست عطاءً وتلبية للرغبات والأهواء . . ففيها الثواب والعقاب وفيها المنع والتأجيل والحرمان وضبط النفس والتعود على الإحباط . . لأن ذلك من متطلبات الحياة الناضجة نفسها .

وفي بعض الظروف الخاصة التي يمكن أن تهيئ للانحراف لابد من تكثيف الجهود لمتابعة الولد (أو البنت) المنحرف ومراقبته والحوار معه وأيضاً اللجوء إلى مختلف الاختصاصيين وأصحاب الخبرة للتعاون في ضبط السلوك وتغييره قبل فوات الأوان أو استفحال الحالة . .

وهكذا لابد للأهل من ممارسة دور فعال ومسؤول ومراجعة أنفسهم وسلوكهم والاهتمام بأبنائهم وبناتهم والاقتراب منهم وأداء دورهم التربوي المستمر دون كلل أو ملل ، والبحث في أحسن الطرق لحماية الأبناء من شرور أنفسهم ومن أصدقاء السوء وكل ما يساهم في الانحراف عن سواء السبيل .

[٩] الطبيب النفسي .. هل يصاب بالاضطراب النفسي ؟؟

مما لاشك فيه أن الحديث عن هذا الموضوع أمر هام ومفيد . . وأيضاً فيه كثير من الإثارة والتشويق . . ذلك لأنه يتطرق إلى نظرات سلبية وشائعة إلى أمور الطب النفسي ومن يمارسه في مجتمعاتنا العربية .

والحقيقة البسيطة هي أن الطبيب النفسي أو المعالج النفسي إنسان يشبه الآخرين في الصحة والمرض . . ويمكن له أن يصاب بالاضطراب النفسي مثله في ذلك من يمارس مختلف المهن الطبية أو العلاجية الأخرى .

وهذه حقيقة صادمة لمشاعرنا وخيالنا الذي يعتبر المعالج أو الطبيب (مهما كان اختصاصه) مثالاً منزهاً أو أسطورياً، مما يذكر بنظرة الطفل إلى عظمة الأب أو الأم بشكل خيالي وغير واقعي .

وإذا مرض طبيب القلب فهذا غير مستبعد ولايجعلنا نفقد الثقة في أهمية طب القلب، ومثل ذلك زكام طبيب الأنف الذي نقبله عادة . . وهكذا نجد أن الطبيب يمكن له أن يمرض . . ومن الخطأ أن نعتبر «أن المعالج يجب أن لايمرض» .

وتدل الملاحظات على أن ممارسة الطب النفسي فيها ضغوط كثيرة . . فالمعالج يهتم بمشكلات الإنسان واضطراباته وآلامه . .

وينتظره يومياً مواجهة هذه المشكلات والاستماع لها ومحاولة التخفيف من آثارها وعلاجها . . والمعالج النفسي يمارس احتكاكاً عميقاً بالجانب المؤلم والمظلم في حياة البشر ومسؤوليته تتلخص في تقديم العون وعلاج المشكلات . . وبالطبع فإن مهنة الطب النفسي تختلف عن مهنة «بائع الورد» ويمكن لها أن تشكل نوعاً من الضغط والإرهاق على من يمارسها ، مما يستدعي من الطبيب النفسي أن يتكيف مع هذه الضغوط وأن يتعامل معها . . وهنا تختلف شخصية الأطباء ونمط تفكيرهم وقدراتهم العامة . . وبعضهم ممكن يشكو ضعفاً معيناً يمكن له أن يتعرض للاضطراب النفسي .

وتدل الدراسات الغربية أن أكثر الاضطرابات شيوعاً هي القلق والاكتئاب ويشترك في ذلك عدد من المهن الطبية الأخرى وغير الطبية .

وقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن نسبة الانتحار عند من يمارسون المهن الطبية تبلغ أعلاها عند الأطباء الاختصاصين في التخدير . . ويحتل الأطباء النفسيون المركز الثالث .

ويمكننا القول أن هناك مهناً صعبة وأخرى أقل صعوبة . . ولاتوجد مهنة سهلة أبداً ومن المعروف أن بعض المهن الإدراية والتجارية تؤدي لازدياد أمراض القلب والذبحة الصدرية المفاجئة . . كما أن بعضها الآخر يرتبط بازدياد استعمال المواد

الكحولية والمخدرة مثل بعض المهن الأدبية والصحفية والفنية وغير ذلك . . ويختلف ذلك بالطبع وفقاً لتركيبة المجتمع وثقافته وظروفه .

والحقيقة أن القاعدة العلمية والمنطقية هي أن «كل تعميم خطأ» والمشكلة أن النظرات الوهمية والسطحية هي في أغلبها تعميمات لاتستند إلى المنطق الصحيح .

ومن الخطأ أن نعتبر أن «الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي وكل من له علاقة بالأمور النفسية هو مريض نفسي» .

بل ربما يكون العكس هو الصحيح . . لأن الخبير النفسي لديه من العلم والخبرة والمعرفة ما يمكنه من حل مشكلاته بصورة أفضل من غير المتخصصين . . ويمكنه أن يتعامل مع المشكلات الشخصية والحياتية التي يتعرض لها بشكل أحسن بحكم التخصص والخبرة ، كما أن التعامل مع مشكلات الآخرين يمكن أن يؤدي إلى الوقاية من عدد من الاضطربات والمشكلات لأن المعالج يكتسب خبرة وفهماً عن كيفية حدوث المشكلات وعن علاجاتها من خلال الآخرين .

ومن المعروف أن «الحدّاد» الذي يتعامل يومياً مع الحديد بمطرقته تتحسن عضلاته وقدراته الجسدية من خلال مهنته . . وهكذا فالطبيب النفسي يمكن أن تصبح أعصابه وقدراته النفسية أقوى .

وبشكل علمي وواقعي يمكننا أن نقول أن بعض الأشخاص ممن إتجه نحو التخصص في العلوم النفسية أو الطب النفسي يعاني من اضطراب معين أو مشكلات خاصة . . وهو يظن أنه بدخوله في مجال التخصص النفسي فإنه سيتمكن من أن يحل مشكلاته الخاصة به ، وقد ينجح البعض في ذلك ، ولكن بعضهم الآخر يزداد اضطرابه ، ومنهم من لايستطيع متابعة اختصاصه ومنهم من يغير مهنته بعد الممارسة فترة من الزمن . وأيضاً يمكن أن نجد بين الأطباء النفسيين من هو غريب في طباعه أو شخصيته ولكن ليس بدرجة شديدة تصل إلى الاضطراب النفسي العيادي ، وقد يعود ذلك إلى صفات شخصية أو أزمات معينة . . وربما تساعد النظرات السلبية المنتشرة في المجتمع على بروز مثل هذه الصفات أو الاهتمام بها وتضخيمها . .

وربما نجد مثل هؤلاء الغرباء أو غريبي الأطوار في معظم المهن الأخرى وفي الحياة اليومية العادية إذا دققنا النظر واستعملنا العدسات المكبرة . . والتي نستعملها عادة في نظرنا لكل من هو نفساني .

وأما في حالة إصابة الطبيب النفسي بحالة نفسية معينة فلا بد له من بذل جهوده الخاصة أولا ومحاولته السيطرة على الأعراض المرضية ، وفي حالة تفاقم الحالة وعدم استجابتها يمكنه مراجعة طبيب آخر للمشاورة والعلاج ولايختلف في ذلك عن الطبيب الباطني أو أي اختصاصي آخر يشكو من مشكلة صحية أو نفسية .

وتدل الملاحظات العيادية النفسية على وفرة عدد المراجعين من مختلف الاختصاصات الطبية الأخرى وطلاب الطب والمهن الطبية المساعدة . . بينما يقل عدد النفسانيين بشكل عام . . وربما يكون ذلك في بلادنا فقط لقلة الأطباء النفسيين والاختصاصين في العلوم النفسية وتختلف الصورة نسبياً في المجتمعات الأخرى .

والحقيقة أن مجال الطب النفسي والعلوم النفسية لايزال يحاط بكثير من الغموض وسوء الفهم والنقاط السلبية وهناك حالات عجيبة ومعلومات خاطئة وأساطير في عقول الكثيرين .

وتشكل السخرية من مجال الطب النفسي إحدى هذه النقاط السلبية ويعبر عن ذلك عادة بعدد من النكات والنوادر . . وتأتي بعض الأفلام السطحية والمسلسلات التلفزيونية لتؤكد على غرابة شخصية الطبيب النفسي وشذوذه في المظهر والكلام . . وأيضا « أن باب النجار مخلوع » أي أن المعالج نفسه يشكو من مشكلات نفسية خطيرة . ولابد من النظرة الواعية والعلمية كي نفهم مجال الطب النفسي وما يمكن أن يقدمه لنا من خدمات واضحة وضرورية ويومية .

ولابد من أن تتغير بعض النظرات السلبية من خلال الوعي العلمي والتفكير الواقعي والتجربة العملية ، ويمكن أن يلعب الأطباء النفسيون وغيرهم من النفسانيين دوراً إيجابياً في ذلك ،

من خلال سلوكهم المعتدل والمتوازن وجهودهم في انتشار الوعي الصحي، وأيضاً في تفهمهم للآخرين ومخاطبتهم بشكل مفهوم وبناء .

وأخيراً لابد من توفير الدعم الكافي للطب النفسي والعلوم النفسية الأخرى والتخفيف من الأعباء والضغوطات التي يتعرض لها كل من يمارس العلاج النفسي بمختلف أشكاله . . ويمكن أن يكون ذلك من خلال المؤسسات الطبية والجمعيات المهنية والنوادي العلمية، التي تناقش المشكلات الخاصة لدى الممارسين وتضع الخطوط العامة المفيدة والمتطلبات الأساسية للممارسة النفسية العلاجية ،وتبحث في تقديم الحلول الناجحة والعلمية التي ترقى بهذا المجال الطبي العلاجي وما يرتبط به من خدمات مساندة إلى أعلى درجات الأداء والفعالية . . . وفي ذلك مايضمن الخير والفائدة للجميع .

الفصل السادس

من رسائل القراء

١ - «البنت الحلوة» وكيف يتعامل معها أهلها ؟

٢- فساد الأخت ومن حولها . . ملاحظات .

٣- الطالب المراهق والآخرين



[illegible]

العمر: ١٨

السنة الدراسية: ثانية ثانوي ادبي

المشكلة:

وصف المشكلة: مشكلتي صعبة جدا، وقد لا استطيع ذكرها او ربما تخونني الذاكرة عن ذكرها فلا استطيع التعبير عنها

اولا شخصيا اطلعت على البداية اخي العزيز وانني اشكرك اولا وذلك نظرا للاحترام الشديد والتي عانيت منها كثيرا، مشكلتي الخاصة، والتي تجد حلا لها املا وتفاؤلا

وانني اتمنى ان تجد لي حلا فانا مختار في البداية من المعروف ان صعوبة الشيء تكمن في بدايته، فقد وجدت نفسي داخلها، واعتقد ان الحل الحقيقة لا ادري متى بدأت معي فجاة، ومع دخولي المرحلة الثانوية، ومع اعتقادي والذي تواصل معي الى الان مع نهاية، وعلمت ان علي المقاومة، لكن تحولت المرأة المسؤولة عن تحملها، واستطيع ان اعتبر هذا انني عاجز عنها الشديدة على ... كبرت، وربما يكون هذا ... ومن ... عاملني بشدة لا مثيل لها ومن ... والبيع ... دون تعريف مباشر ... نماذج من الشباب الفاسد وتوقف ان اصبح ... مسؤول عن ... تحملت، ومما يؤسف حتوم على استعمال الشدة معي لكبري وبلوغي سن ... اقوال الناس ... من النوع الذي ... الفقر ... الثانية ... الرغم من ... النوع الذي ... الاصغر مني ... رحلتي ... قليلا ... وابي ... الاولى ... وكان ... في رحلتي

حتى ... على الرغم من ... رحلتي ... الذي حدثت

سنوات قليلة ... في ... الموقف ... وابي ... مركز ... من ... كنت مشترك ... الاولى للمغار وكان ... يريد الاشتراك ... لصديقي رحلتي

ولكن ابي رفض ذلك بشده واخي كان مصرا .. فوجدت نفسي تلقائيا
تدخل في محاوله يائسه في اقناع والدي، وكنت متصورا على درجه كبيره
من الاصرار، لدرجه تفوقت تخيلاتي، وحينئذ اخبرت والدي انني على استعداد
لتحمل المسؤوليه كامله اذا حصل شيء او مكروه لاخي، ومن جمله كلامي انني مستعد
[illegible]، وعاد بعد يومين او ثلاثه ايام، وبعد جهد ورجاء طويل اقتنع والدي، وذهبت [illegible]
[illegible] للدعاره حلت ونفسي رحله [illegible] لكل، ويكون ما يؤسفني عدم وقوف
بجانبي حتى ([illegible]) لم يقف بجانبي .. بل اراد ان يذهب من هذه الرحله بنفسه وبينما
طلبت له وقوفي بجانبه، قال لي بكل برود: هذا ليس شأنك .. ورفضت
الدعوه ذهابي الى [illegible]
الجميع اصبح يتأمل ([illegible]) افضل مني، ربما لانه استطاع ان يتأقلم مع البيئه
يتعامل مع الناس بالاسلوب الذي يرغبونه به .. حتى والان ما اعانيه في المدرسه اشد
مرارة من ما اعاني في المنزل .. المرحله الابتدائيه والمتوسطه كانا عاديه .. ولكنني
بمجرد ان دخلت المرحله الثانويه فوجئت بتصرفات الطلاب نحوي الشاذه
فمنهم من يرميني بالاوراق، ومنهم من يرميني بالعلب، والاقسى من ذلك
منهم من يرميني بما لم يتصوره مخلوق على وجه الارض .. يرمونني بالاوساخ
الزباله .. واذا ارتكب احدهم خطأ وسبب صوتا مزعجا ليدور الاتهام على
مع الطلاب الذين يلقوا الاتهام علي دون مبالاه بجرح مشاعري
والاستاذ لا ادري ماذا افعل؟ هل انا المخطئ ام من البيئه المحيطه؟
فقدت السيطره على التفكير من كثره ما اعاني من قسوه .. تخيل يا اخي العزيز
خلال سنتين بكاملها نتكلم، ونرمى بالاوساخ .. لقد نقلت من المدرسه
سابقه لعلي اجد حلا او تحسن معاملتي، ولكن لسوء حظي ان المدرسه
جديده مثل السابقه .. هل المشكله والعيب يكمن في اخلاقي ام من
الطلاب؟ ارجوكم ساعدوني، وانقذوني من هول العناء.

١ «البنت الحلوة» وكيف يتعامل معها أهلها ؟؟

الرسالة من ف . م . ر . من جدة . أم تسأل عن كيفية التعامل مع «ابنتها الجميلة جداً» .

مما لاشك فيه أن التعامل مع البنت الجميلة يشكل معادلة صعبة بالنسبة للأهل . . فهي متفوقة في جمالها مقارنة مع أخواتها ومن حولها ومتميزة . وليس عدلاً التقليل من ذلك أو إهماله لأنه حقيقة واقعية ملموسة كما لايمكن تجاهل ذلك أو تحطيمه .

ومن جهة أخرى فإن تفوق البنت بجمالها يسبب كثيراً من الحرج والتنافس والمشاعر السلبية بين أخواتها وزميلاتها . . مما يمكن أن يدفع بالأهل إلى توجيه اللوم والنقد «للبنت الجميلة» بشكل لايتناسب مع أخطائها ، وذلك تخفيفاً للمشاعر السلبية التي يعبر عنها أخواتها . .

وتبقى القاعدة العامة للصحة النفسية والتربوية أن نتعامل مع الواقع ولانشوهه ، أو نغمض عيوننا عنه ، وأن نواجهه بجرأة وشجاعة . . وأيضاً أن نشجع مختلف المهارات والقدرات والامكانيات التي يملكها الأبناء والبنات ، فلكل طفل ميزاته التي

يجب تقديرها ، ونقاط ضعفه التي يمكن تطويرها أو تعويضها ، دون خوف زائد أو شعور بالنقص لايصحح بالنسبة للأقل حظاً .

ولابد من الحساسية العامة وإمعان النظر ومراجعة الأساليب المتكررة الخاطئة وتعديلها بما يضمن للبنت حقوقها وتوازنها .

٣ الطالب المراهق والآخرين

الرسالة من م.ع. ن من جدة وهو طالب وعمره ١٨ سنة.

يبدو أن مشكلة الطالب المذكور لها أبعاد نفسية - تربوية - اجتماعية . فهو يتصف ببعض الصفات الشخصية الخاصة كما أن ظروفه التربوية فيها قسوة ومعاناة وعدم تفهم وأما اجتماعياً فهو يتعرض لعدد من الإساءات والسلوكيات غير المقبولة والمزعجة من زملائه .

ويبدو أنه بحاجة للعون بدءاً من البيئة المنزلية إلى البيئة المدرسية والمرشد الطلاب و المدرسين وصولاً إلى الطبيب النفسي.

والحقيقة أن المرحلة الثانوية وهي جزء من مرحلة المراهقة لها أهمية خاصة في تطور شخصية الإنسان وبروز مختلف الاضطرابات النفسية والسلوكية. والمراهق في هذه المرحلة بحاجة إلى رعاية خاصة وإلى العون ، ومن الممكن بالطبع أن يبدأ الإنسان بنفسه وأن يعرف نقاط ضعفه ونقاط قوته وأن يسعى إلى تعديل ما ينقصه . .

وباعتبار أنه طالب فعليه التركيز على دروسه أولاً كما أنه بحاجة إلى صداقة حميمة ومفيدة وعليه أن يسعى لذلك مما يساعده على التخفيف من قلقه وتوتره ومعاناته . وأيضاً يساعده

على التعامل مع الآخرين وتطوير نفسه وقدراته على التكيف بشكل أفضل .

وهو يحتاج إلى العون النفسي الاختصاصي إذا استمرت معاناته واستمرت بعض الأعراض الغريبة «مثل الضحك دون سبب والبلاهة» .

والحقيقة أنه لايوجد مشكلة إلا ولها حل . وقد يطول ذلك أو يقصر ولابد من التسلح بسلاح الإيمان والتفاؤل ومحاولة التغيير والسير في الطريق الأفضل والصحيح .

والله الموفق ، ،

المراجع العامة المستفاد منها في هذا الكتاب

١ – كيف تتعامل مع الغيرة الزوجية . د. محمد حجار . الطبعة الأولى . دار طلاس . دمشق ١٩٩٣ .

٢– نحو سيكولوجيا عربية . د. محمد أحمد النابلسي . الطبعة الأولى . دار الطليعة . بيروت ١٩٩٥ .

٣– مجلة الثقافة النفسية المتخصصة . المجلد الأول وكامل المجلدات. ١٩٩٠–١٩٩٦ . دار النهضة العربية . بيروت .

٤– الخوف : الاجتماعي (الخجل) . د. حسان المالح . دار المنارة جدة . الطبعة الأولى ١٩٩٣ . الطبعة الثانية . دار الاشراقات . دمشق ١٩٩٥ .

٥– الطب النفسي والحياة . د. حسان المالح . دار الاشراقات . دمشق ١٩٩٥ .

٦– العلاج السلوكي للطفل . د. عبدالستار إبراهيم ، د. عبدالعزيز عبدالله الدخيل ، د. رضوى إبراهيم . سلسلة كتب عالم المعرفة . مطابع السياسة الكويت ١٩٩٣ .

٧– المعجم الطبي الموحد . لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية العربية في المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية

بشرق البحر المتوسط . مقرر اللجنة . الدكتور محمد هيثم الخياط . طلاس للدراسات والترجمة والنشر . الطبعة الرابعة . دمشق ١٩٨٤ .

٨- قاموس المورد . منير البعلبكي . دار العلم للملايين . الطبعة السادسة عشرة . بيروت ١٩٨٢ .

٩- المستطرف في كل فن مستظرف . شهاب الدين محمد الأبشيهي (جزء ١-٢) تحقيق درويش الجويدي . المكتبة العصرية . بيروت . الطبعة الأولى ١٩٩٦ .

10 - Baker C.D. Desilva P. The relationship between male sexual dysfunction and belief in zilbergeld's myths. An empirical Investigation. Sexual and marital Therapy (3) 229-238 1988.

11- Beck A.T., Ruch A. J., Shaw B., Emergy G. Cognitive therapy of depression. Guilford press, New York, 1979.

12- Black D.W., Andreasen N.C. Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, and Delusional Disorders. In : Synopsis of psychiatry. Edited by Hales R.E. and Yudofsky S.C. The American Psychiatric Press. Washington, 1996.

13- Cloninger Robertc. Multilocus genetics of schizophrenia. Current opinion in psychiatry 10: 5-10 1997.

14- Dicks Henry V. Marital Tensions, Clinical Studies Towards A Psychlogical Theory of Interactions. Routledge and Kegan Paul. London, 1983.

15- D.S.M. IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association. Washington, 1994.

16- Guthrie E. Psychotherapy of Somatization disorders, current opinion in psychiatry, Vol. 9, Nos. 182-187. 1996

17- Hafeiz et. al. Hysterical pattern in Eastern Saudi Arabia. Annals of Saudi Medicine, Volume 8. No. 6, 1988.

18- Holemes J. The Assault on Freud. Current opinion in psychiatry Vol. (9) No. 3. 175-176, 1996.

19- Jefferson J.W. and Greist J. H. Mood Disorders. In : Synopsis of Psychiatry. Edited by Hales R.E. and Yudofsky S.C. The American Psychiatric Press. Washington 1996.

20- Kaplan H.I., Saddock B. J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. fourth Edition. Williams and Wilkins. 1983.

21- Kendell R.E. and Zeally A. K. Companion to Psychiatric Studies. Editors. Third Edition. Churchill Livingstone. London 1983.

22- King et al. Pseudo seizures, Diagnostic Evaluation, Neurology (NY) 32:18-23, 1982.

23- Mackay Dougal. Cognitive Therapy in Depression. S.K. and F. Publications London, Vol. 1. No. 8, 1982.

24- Owen M. and McGuffin P. The Genetics of Schizophenia, future directions, Schizophrenia monitor. Vol. 6, No. 1, 1996. Current Medical Literature Ltd. London.

25- Oxley, Trimble et al. Evaluation of Prologed 4 channel EEG taped recordings and serum prolactine levels in the diagnosis of epileptic and nonepiliptic seizures. Advances in Epileptology (343) 1981.

26- Pincus L. and Dar C., Secrets in the Family. Faber and faber. London, 1987.

27- Ringdon D. S. Turkington D., Cognitive behavioural therapy of schizophrenia. Guilford press, New York, 1994.

28- Salkovskis Paul M. the Importance of Behaviour in the Maintenance of Anxiety and Panic, A cognitive account. Behavioural psycho therapy (19) 6-19. 1991.

29- Scott J. Willims, J. M. G., Beck A. T., Cognitive therapy in clinical practice, Routledge. 1989.

30- Talbott J. A., Hales R. E., Yudofsky S.C.A. (editors): Textbook of psychiatry. American Psychiatric Press 1988.

31- Trimble, Pseudoseizure, Neurologic clinic. Vol. 4, No. 3, August 1985.

32- Van Balkom A.J.L.M., Nauta M.C.E., Bakker A. Meta Analysis on the treatment of panic disorders with agoraphobia: Review and Reexamination. Clinical psychology and psycho therapy. 2(1) pp. 1-14, 1995.

33- Wolberg L. R. The Technique of Psychotherapy. Grume and Staritlon, New York, 1977.

المصطلحات الانكليزية ومعانيها في العربية

English	العربية
Abscence attacks	• نوبات الغياب (الصرع)
Affect	• المزاج – الانفعالات
Agitation	• الهياج
Akathisia	• التململ – عسر الحركة (زلز)
Allele sharing	• السلاسل المشتركة للمورثات–أليل
Analytic group therapy	• العلاج الجماعي التحليلي
Anorexia	• القمه العصبي
Arbitrary inference	• الاستنتاج الأعتباطي
Art therapy	• العلاج بالفن
Atypical antipsychotic	• مضادات الذهان غير الوصفية
Autism	• الاضطراب التوحدي
Autistic thinking	• التفكير الذاتي (الغريب)
Aversion therapy	• العلاج التنفيري
Avoid eye contact	• لاينظر في العين يهرب من النظر في العيون
Avolition	• نقص الدافعية – نقص ابتداء السلوك الهادف
Basal ganglia	• النوبات القاعدية
Behaviour	• السلوك
Borderline personality disorder	• الشخصية الحدودية
Brief psychotic disorder	• اضطراب ذهاني قصير الأمد –عابر
Bulimia	• الشره العصبي
Cancer	• السرطان
Catatonic	• جمودي
Categorization	• التصنيف
Catharsis	• التنفيس – التطهير

Chromosomes	• الصبغيات
Circadian pacemakers	• الضوابط اليوماوية . ضوابط تنظيم الساعات الداخلية
Client centered	• المركزة على المريض (العميل)
Clonic	• رمعي (حركة الأطراف المنتظمة - حركة مرضية عصبية)
Cognitive therapy	• العلاج المعرفي
Cognitive triad	• الثلاثية المعرفية
Common sense	• النظرة الشائعة العامة والبسيطة
Compromise	• اتفاق - حل وسط
C.T. scan	• التصوير المقطعي بالكومبيوتر
Concrete	• عياني - محسوس
Confusional states	• حالات اختلاط الذهن وتغيم الوعي
Consequential analysis	• التحليل الاستنتاجي المتتالي
Conversion disorders	• الاضطرابات التحويلية (الهستيريا التحويلية)
Coping	• التعامل - (تكيف- تصرف ناجح)
Corrective emotional and cognitive experience	• تجربة انفعالية ومعرفية تصحيحية
Cyclothymia	• اضطراب الدورية المزاجية
Delusional disorder	• الاضطراب الهذياني
Dementia	• الخرف
Derailment	• الكلام الخارج عن الموضوع . الكلام غير المنظم
Dichotomous thinking	• التفكير الحدي
Disorganised type	• الشكل التفككي
Distancing	• النظر من بعيد
Disuse atrophy	• الضمور الناتج عن عدم الاستعمال
Dopamine receptor	• مستقبلات الدوبامين
Drug holiday	• إجازة دوائية (توقف الدواء المؤقت)

• مقياس الاتجاهات المرضية	Functional attitude scale
• الخـــوف المرضي من تشـــوه شكل الجسم	Dysmorphophobia
• الهـــوس الحـــزين – عـــســـر المزاج الهوسي	Dysphoric mania
• الاكـتـئاب الخـفـيف أو البـسـيط – عسر المزاجية	Dysthymia
• ثنائي البويضة	Dyzigotic
• ترجـيع الكلام – تقليـد مـا يقـوله الآخرون	Echolalia
• ترجيع الأفعـال – تقليـد ما يفـعله الآخرون	Echopraxia
• العلاج بالصدمة الكهربائية	Electro convlsive therapy E.C.T.
• النشوة – ازدياد المزاج	Elation
• اســتــخـــلاص الأفكار الفـــورية التلقائية	Eliciting automatic thoughts
• الانفعالات	Emotions
• التنفـيس الانفـعـالي – التـفـريغ الانفعالي	Emotional catharsis
• تعديل الظروف المحيطة	Environmental Manupilation
• الاستجابة المحرّضة	Evoked response
• وجودي	Existential
• التعرض	Exposure
• الانفعالات المعبّر عنها	Expressed emotions
• تطوير الميول والهوايات	Externalization of interests
• الاضطراب التصنعي	Factitous disorder
• التصفية	Filtering
• الأعراض من المستوى الأول	First rank symptoms
• إجهاض النوبة	Fit's abortion
• إحداث النوبة	Fit's induction

Flat affect	• تسطح الانفعال
Flight of ideas	• طيران الأفكار – تطاير الأفكار
Genes	• المورثات
Genetic factors	• عوامل وراثية
Generating alternative thoughts	• تأليف (توليد) أفكار بديلة
Globus hystericus	• اللقمة الهستيريائية
Grandiose	• العظمة
Grimacing	• التكشير المضحك
Hallucinations	• الأهلاس – الهلاوس
Hiccup, Hicough	• الفواق – الحزقة (الحازوقة)
High Arched plate	• ارتفاع القوس الحنكية (الحنك عالي القوس)
Hope	• الأمل
Hyperemisis gravidarum	• فرط القيء الوخيم
Hyperkinetic, attention deficit disorder H.A.D.D.	• اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
Hyperventilation	• فرط التهوية
Hypnoanalysis	• التحليل بالتنويم الإيحائي
Hypnotherapy	• العلاج بالتنويم الإيحائي (المغنطيسي)
Hynotic suggestion	• الإيحاء أثناء التنويم
Hypochondriasis	• الخوف من الأمراض – الوسوسة بالأمراض
Inappropriate affect	• الانفعالات غير المناسبة
Inferential	• التفكير الاستدلالي
Influence	• التأثير
Insight	• التبصر
Irritable bowel syndrome	• تناذر تهيج الكولون (تشنج)
Jerking	• النفضات (العضلية)
La belle indifirence	• اللامبالاة الجميلة (بالفرنسية)
Learning	• التعلم

Limbic	• الجهاز الهامشي ، حوفي (لمبي) (منطقة في الدماغ)
Linkage studes	• دراسات الارتباط
Loss of associations	• فقدان الترابط
Made experience	• التجارب المصنوعة (غير الإرادية)
Magnatic resonance imaging M.R.I	• التصوير بالرنين المغنطيسي
Magnification	• التضخيم - المبالغة
Major depression	• الاكتئاب الكبير (الشديد)
Malingering	• إدعاء المرض - التظاهر بالمرض
Mania	• الهوس (الانبساط)
Mannerism	• الحركات النمطية (ذات هدف)
Marital family therapy	• العلاج الزوجي الأسري (العائلي)
Minimization	• تصغير - تقليل
Mitral valve prolapse	• انسدال (تدلي) الدسام التاجي
Mixed affective state	• حافة مزاجية مختلطة
Modelling	• تقليد النموذج
Modifing basic assumptions	• تعديل الافتراضات الأساسية
Morning sickness	• الإقياءات الصباحية
Mood disorders	• الاضطرابات المزاجية
Monozygotic twins	• التوائم وحيدة البويضة
Motor	• حركي
Multiple personality	• تعدد الشخصية
Multiple sclerosis, M.S.	• التصلب اللويحي المتعدد
Muscular relaxation	• الاسترخاء العضلي
Muteness	• الصمت - الخرس
Myathenia gravis	• الوهن العضلي الوخيم
Narcoanalysis	• التحليل بالتنويم الدوائي
Negative symptoms	• الأعراض السلبية
Negativism	• السلبية (المعارضة)
Neologism	• اللغة الجديدة - كلمات جديدة غير معروفة

Neurobiological	• عصبي حيوي
Neuronal reorganization	• إعادة تنظيم الخلايا العصبية
Outcome measures	• مقاييس نتائج العلاج
Over generalization	• فرط التعميم
Pacing	• يذرع المكان جيئة وذهاباً
Pain disorders	• اضطرابات الألم
Panic disorders	• اضطرابات القلق الحاد (الهلع)
Paranoia	• الزور (العُظام)
Paranoid Schizophrenia	• الفصام الزوري
Paraphilia	• انحراف اللذة الجنسية (شذوذ جنسي)
Paroxysmal bouts of rapid blinks	• نوبات اشتدادية من الرفيف السريع للعين
Passivity	• الخضوع (السلبية)
Persecutory	• اضطهادي
Perseveration	• تكرار الكلام (بشكل غير مناسب)
Personalization	• تفكير شخصاني - (يجعله شخصياً)
Persuasion	• الحث - المثابرة
Placebo effect	• تأثير العلاج الغُفل (غير الفعال)
Play therapy	• العلاج باللعب
Polygenic	• متعدد المورثات
Positive symptoms	• الأعراض الإيجابية
Positron emission tomography P.E.T.	• التصرير المقطعي بواسطة بث البوزيترون
Posturing	• اتخاذ الوضعيات غير المناسبة
Premenstrual syndrome	• التناذر السابق للحيض (ماقبل الدورة الشهرية)
Pressure	• الضغط
Pseudoseizure	• النوبة الصرعية الكاذبة (غير الحقيقية)

Psychiatrist	• الطبيب النفسي
Psychodrama	• العلاج بالتمثيل
Psychogenic	• ذو منشأ نفسي
Psychosomatic disorders	• الاضطرابات النفسية الجسمية (البدنية)
Psychotherapy	• العلاج النفسي – المعالجة النفسية
Psychotic depression	• الاكتئاب الذهاني
Pushing	• الدفع (حركات الولادة)
Quality	• نوعية
Quantity	• كمية
Reality testing	• اختبار الواقع
Reasoning	• التفكير المنطقي
Reassurance	• التطمين
Reconstructive therapy	• العلاج البنائي (العلاج بإعادة البناء)
Recurrent theme identification	• تحديد المواضيع المتكررة
Reference	• الإشارة
Reeducative therapy	• العلاج التثقيفي (التعليمي)
Religous	• ديني
Residual	• المتبقي
Restlessness	• عدم الاستقرار في المكان
Rheumatoid arthritis	• إلتهاب المفاصل الرثواني
Rocking	• هز الجسم
Role reversal	• عكس الأدوار
Running Commentary	• التعليق المستمر
Sampling	• اختيار العينة
Schizoid personality	• الشخصية الفصامية
Schizoaffective disorder	• اضطراب الفصام المزاجي (العاطفي)
Schizophrenia	• الفصام
Schizophreniform disorder	• الاضطراب ذو الشكل الفصامي

Schizotypal personality	• الشخصية ذات النمط الفصامي
Secondary gain	• الهدف الثانوي
Selective abstraction	• التجريد الانتقائي
Sex therapy	• العلاج الجنسي
Sexual abuse	• الإيذاء الجنسي
Shortterm dynamic psychotherapy	• العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد
Simple schizophreina	• الفصام البسيط
Sinus tachycardia	• تسرع القلب الجيبي
Smooth pursuit eye movement	• المتابعة السلسة لحركة العين
Somatic delusions	• هذيانات جسمية
Somatic passivity	• عدم السيطرة على الجسم - الخضوع الجسمي
Somatization disorders	• الاضطراب التجسيمي (الجسدنة)
Somatoform disorders	• الاضطرابات ذات الشكل الجسمي
Speech disorders	• اضطرابات الكلام
Specific sensitivities	• حساسيات خاصة
Spectrum disorders	• طيف الاضطراب
Spontanous recovery	• الشفاء التلقائي
Starring	• التحديق
Stereotypy	• الحركات التكرارية النمطية (دون هدف)
Sulucal	• التلم - الشق الدماغي
Swing	• التأرجح
Systematic lupus erythematous S.L.E.	• الذئبة الحمامية الجهازية (المتعممة)
Tardive dyskinesia	• عسر الحركة المتأخر
Thought block	• توقف الأفكار (إعاقتها)
Thought broadcasting	• إذاعة الأفكار
Thought insertion	• إدخال الأفكار
Thought withdrawal	• سحب الأفكار

• تقلصات توترية اشتدادية	Tonic
• تحليل المعاملات (التعاملات)	Transactional analysis
• تجارب راضية (صادمة)	Traumatic experiences
• ألم العصب مثلث التوائم	Trigeminal neuralgia
• الثقة	Trust
• الرؤية النفقية	Tunnel vision
• غير المميز	Undiffrentiated
• تثبيت النظر	Visual fixation
• التسمم بالماء	Water intoxication
• المرونة الشمعية	Waxy flexibility
• انسحاب	Withdrawal

☐ خاتمة أدبية

جلسة نفسية

في أطراف الذاكرة تماثيلٌ وأوراقٌ وبقايا صور . .
مواجعٌ وهمومٌ . .
وهمسٌ صامت بين الوعي واللاوعي وأعصاب القلب والجبهة .
أحاور نفسي بنفسي ونتحدث . .
كانت غرفة العلاج قد امتلأت كلاماً قبل أن يتعثر به . . ثم نهض ثانية وجلس .
من أين نبدأ؟ من قصة الكبش العظيم؟
قال : ولدت وترعرعت ثم مرت السنين . .
قلت : اللحظات التي تذهب لن تعود أبداً . . ولكنها تعود ! !
تتشبث في الجدار ضحكات وأمنيات وعبر . . أحدق فيها . .
والجرح يسبقه الجرح ويتلوه الجرح .
يحاصر جسدي الصمت والمعنى والصحراء . .
يُحلّلُني الضوء والعشق والفراق . .
ثم أُحلّلُه . .
ونختتم الجلسة . .
كلمات يلغي بعضها بعضاً . . ونقول :
يا أرواح الموتى . . يا كلّ الأشباح تعالوا . . هذا وقتٌ للصلح . . وللشكوى . .
«يتسع العقل للنور وللظلمة» . .
ثم نصحوا بالدهشة . . نتبصّر .

تذكرة عامة

إن خدمات الطب النفسي يحتاجها عديد من الأشخاص مثل حالات :

- الاستشارات النفسية العامة .
- القلق الحاد والمزمن (التوتر - النرفزة - العصبية - انشغال البال - نوبات الاختناق) .
- الاكتئاب وأنواعه الحادة والمزمنة والارتكاسية (التعب النفسي - تعب الأعصاب - الضيقة - الحزن) .
- الخوف الاجتماعي (الخجل - الارتباك) .
- الحالات الوسواسية (الوسوسة والشك والغسيل المتكرر والرغبة الملحة في التأكيد) .
- الخوف من الأمراض (الخوف من أمراض القلب والدماغ والموت وغير ذلك . .) .
- المخاوف المرضية المتنوعة (الخوف من ركوب الطائرة - الخوف من المصعد - الخوف من قيادة السيارة وغير ذلك) .
- صعوبات التكيف المهني والاجتماعي والعائلي .
- الشكاوى الجسمية ذات المنشأ النفسي . الآلام العضلية والعصبية (الصداع بأنواعه - الام الظهر - الام البطن وغير ذلك) .
- الأعراض النفسية المرافقة أوالتالية للأمراض العضوية المختلة .

حالات الأطفال والمراهقين ، مثل القلق والمخاوف الليلية والاكتئاب والخجل وأيضاً :

- الاضطرابات السلوكية (الشقاوة - العناد - الإهمال . .) .
- صعوبات التحصيل الدراسي ومشكلات التعليم .
- البوال الليلي (البلل وعدم ضبط البول) .
- التخلف العقلي .

- الاضطراب التوحدي • نقص تطور اللغة والكلام – الانعزال – السلوك الغريب).
- حالات الاضطراب الجنسية عند الجنسين (سرعة القذف – صعوبة الانتصاب – القلق الجنسي – اضطراب الهوية الجنسية – فقد الرغبة الجنسية وغير ذلك).
- حالات اضطرابات الطعام والوزن (السمنة – النحافة – نوبات الشره والإقياء – الخوف المرضي من زيادة الوزن).
- اضطرابات النوم (الأرق – تقطع النوم- فرط النوم – الكوابيس – المشي أثناء النوم وغير ذلك).
- المشكلات العائلية والعاطفية والشخصية واضطرابات الشخصية.
- الاضطرابات الذهانية العقلية كالفصام والهوس والشك (الزور) وغيرها.
- بعض الأمراض العصبية كالصرع والتشنج واضطرابات الشخيوخة وغير ذلك.
- لاتتردد كثيراً قبل استشارة الطبيب . . فقد تغيرت الحياة . . ولايتعارض العلاج النفسي مع جهود الإنسان الشخصية في صراعه مع مشكلاته وحلولها. كما أن الاضطراب النفسي ليس عيباً أو ضعفاً ، فالإنسان القوي يتعب أحياناً ثم يستعيد قوته . . وهكذا الحياة.

عنوان المؤلف

عيادة الطب النفسي – جدة شارع فلسطين ص . ب ١٤٧٦٣
هاتف وفاكس ٦٧٣٠٤٨٥